

HANDBOEK ZORGVERZEKERAARS INFORMATIE ZORGVERZEKERINGSWET 2014

1 Algemeen	2
1.1 Indeling Handboek	3
1.2 Aanlevering van gegevens	5
1.3 Wijzigingen en aandachtspunten per jaar	13
2 Specifieke Informatie A	59
2.1 Bestuursverklaring	60
2.2 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat	62
2.3 Informatie t.b.v. afrekeningen met het buitenland	84
3 Specifieke Informatie C	87
3.1 Specificaties van kosten en productie	88
3.2 Regeling wanbetalers	138
4 Definities Kosten en Productie	141
4.1 Kostenbegrip	142
4.2 Kolommen kostenverzamelstaat	144
4.3 Kostenrubrieken en kostencodenummers	150
4.4 Instellingen	172
5 Aanvullende informatie risicoverevening	173
5.1 Beschrijving gegevensvraag i.h.k.v het uitvoeringsproces risicoverevening	174
5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken	185
5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken	193
5.4 Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)	198
5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's)	203
5.6 Gegevensvraag DBC's GGZ	207
5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde	211
5.8 Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's)	221
5.9 Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC)	225
6 Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening	235
7 Record lay-out informatie risicoverevening	258

1 Algemeen

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 Zorginstituut Nederland 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 jaaronafhankelijk. 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 Zorginstituut Nederland 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 4 gaan over de kwartaal- en jaarstaten en hoofdstuk 5 gaat over de aanvullende informatie risicoverevening. In hoofdstuk 6 komt de gegevensaanlevering ten behoeve van de opbrengstverrekening aan de orde. Hoofdstuk 7 geeft de record lay-out van de bestanden per verzekerde ten behoeve van de risicoverevening.

De hoofdstukken 2 en 3 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 4 treft u diverse definities aan van begrippen zoals die in de kwartaal- en jaarstaten van toepassing zijn. Ook treft u hier verschillende indelingen van categorieën instellingen aan.

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);
- 5 Aanvullende informatie risicoverevening;
- 6 Gegevens opbrengstverrekening.

2 Specifieke Informatie A

betreft informatie die in de jaarstaat met accountantsverklaring moet worden aangeleverd. Het gaat hier om detailinformatie voor de risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat en afrekeninformatie buitenland. 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.

3 Specifieke Informatie C

betreft beleidsinformatie die zonder accountantsverklaring wordt aangeleverd. Het gaat hier om 'specificaties van kosten en productie' per kostenrubriek/ kostencodenummer en een specificatie regeling wanbetalers.

5 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.

Met assurancerapport

- Bestand verzekerde periode en persoonskenmerken T-1 met bestuursverklaring;
- Bestand persoonskenmerken jaar T met bestuursverklaring;
- Bestand farmaciegegevens per verzekerde met bestuursverklaring;
- Bestand DBC-gegevens per verzekerde met bestuursverklaring;
- Bestand Kosten per verzekerde T-3 met bestuursverklaring;
- Bestand Hogekostencompensatie met bestuursverklaring;
- Bestand hulpmiddelgegevens per verzekerde met bestuursverklaring.

Zonder assurancerapport

- Bestand DBC-gegevens GGZ per verzekerde T-2 met bestuursverklaring;
- Bestand Kosten per verzekerde T-2 met bestuursverklaring.

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

6 Gegevens opbrengstverrekening

gaat over de 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 Zorginstituut Nederland en de NZa omvat

- kwartaal- en jaarstaten;
- aanvullende gegevens risicoverevening;
- gegevens opbrengstverrekening.

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, verwijst ik u naar de NZa (o.a. het Protocol onderzoek 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. De inzenddatum van de jaarstaat was altijd 1 juni t+1. In verband met de gewenste vervroeging is met ingang van 2014 de inzenddatum 1 mei t+1.

De inzending van de jaarstaat omvat

- aan Zorginstituut Nederland: - verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
- 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 mei 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 Zorginstituut Nederland de volledige kwartaalstaat uiterlijk **vier** weken na afloop van het betreffende kwartaal heeft ontvangen. De verzekerdenstanden over het eerste kwartaal moeten uiterlijk op 7 maart door het Zorginstituut zijn ontvangen.

De inzending van de kwartaalstaat omvat

- aan Zorginstituut Nederland: - verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
- een bestuursverklaring, uitsluitend bij de verzekerdenstand van de maand maart.

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

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

1^e kwartaal: 28 april

2^e kwartaal: 28 juli

3^e kwartaal: 28 oktober

4^e kwartaal: 28 januari t+1

jaarstaat : 1 mei t+1

Aanlevering van aanvullende gegevens risicoverevening in 2014

In het kader van de risicoverevening vraagt Zorginstituut Nederland, naast de kwartaal- en jaarstaten, in 2014 de volgende gegevens op bij de zorgverzekeraars:

- Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013, bestaande uit een deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN en een deelbestand verzekerden zonder (geverifieerd) BSN;
- Persoonskenmerken 2014 op peildatum 1 mei 2014;
- Farmaciegegevens 2013 per verzekerde;
- DBC-gegevens 2012(exclusief GGZ) per verzekerde;
- Gegevens kosten per verzekerde 2011 en 2012;
- DBC-gegevens GGZ per verzekerde 2012;
- Opgave hoge kosten compensatie (HKC) 2011;
- Hulpmiddelgegevens 2013 per verzekerde.

De inzending van de gegevens (deelbestand) verzekerde periode en persoonskenmerken, persoonskenmerken, farmaciegegevens, DBC-gegevens (excl. GGZ), kosten per verzekerde 2010 en hulpmiddelgegevens omvat

- aan Zorginstituut Nederland:
- gepseudonimiseerd ASCII bestand (inzending via ZorgTTP);
 - U hoeft geen elektronische versie van de bestuursverklaring aan het Zorginstituut te sturen;
- aan de NZa:
- bestuursverklaring afgegeven bij het bestand (op papier);
 - assurancerapport bij de bestuursverklaring (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 inzending van de DBC-gegevens GGZ en de gegevens kosten per verzekerde 2012 omvat
- aan Zorginstituut Nederland:
- gepseudonimiseerd ASCII bestand (inzending via ZorgTTP);
 - bestuursverklaring afgegeven bij het bestand (op papier).

- De inzendingen van de hoge kosten compensatie (HKC) omvatten
- Aan Zorginstituut Nederland:
- verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
- aan de NZa:
- opgave hoge kostencompensatie met assurancerapport (op papier);
 - bestuursverklaring bij de opgave (op papier).

Aanlevering van gegevens opbrengstverrekening in 2014

In 2014 leveren de zorgverzekeraars separaat de definitieve opgave opbrengstverrekening 2012 aan.

- De inzending van de definitieve opgave opbrengstverrekening omvat
- aan Zorginstituut Nederland:
- verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
- aan de NZa:
- gewaarmerkte opgave definitieve opbrengstverrekening met assurancerapport (op papier);
 - bestuursverklaring bij de definitieve opgave (op papier).

Aanleverkalender

In onderstaande tabel is weergegeven welke informatie Zvw in 2014 over 2011, 2012, 2013 en 2014 moet worden aangeleverd door de zorgverzekeraars.

Wat	Peildatum/ verslagperiode	Wie 1)	Aanleverdatum
Kwartaalstaat 4 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 4 ^e kwartaal 2013 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2013	28 januari 2014
Kwartaalstaat verzekerdenstanden	verzekerdenstanden januari, februari en maart 2014	alle zorgverzekeraars 2014	7 maart 2014
Kwartaalstaat 1 ^e kwartaal	1 ^e kwartaal 2014 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2014	28 april 2014
Hogekosten-Compensatie Zvw	verslagjaar 2011, declaraties van verzekerden voor zover die onder de HKC vallen	Alle zorgverzekeraars 2011	1 mei 2014
Jaarstaat	schadejaren 2013, 2012 en 2011	alle zorgverzekeraars 2013	1 mei 2014
Kosten per Verzekerde	verslagjaar 2011	Alle zorgverzekeraars 2011	1 mei 2014
Kosten per Verzekerde	verslagjaar 2012	Alle zorgverzekeraars 2012	1 mei 2014
DBC-gegevens GGZ	declaraties van DBC's GGZ geopend in 2012	Alle zorgverzekeraars 2012	1 mei 2014
Farmaciegegevens	declaraties 2013 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2013	1 juni 2014
DBC-gegevens	declaraties van DBC's (excl. GGZ) geopend in 2012	alle zorgverzekeraars 2012	1 juni 2014
Opbrengstverrekening	declaraties 2012	alle zorgverzekeraars 2012	1 juni 2014
Verzekerde periode en persoonskenmerken	verslagjaar 2013	Alle zorgverzekeraars 2013	1 juni 2014
Persoonskenmerken	1 mei 2014	alle zorgverzekeraars 2014	1 juni 2014
Hulpmiddelengegevens	declaraties 2013 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2013	1 juni 2014
Kwartaalstaat 2 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 2 ^e kwartaal 2014 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2014	28 juli 2014
Kwartaalstaat 3 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 3 ^e kwartaal 2014 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2014	28 oktober 2014

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

Bestuursverklaring

In de bestuursverklaring bij de aanvullende gegevens risicoverevening en gegevens opbrengstverrekening verklaart de ondertekenaar dat de aangeleverde gegevens naar het oordeel van het bestuur juist zijn en voldoen aan de door Zorginstituut Nederland 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 5 en 6.

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. Zorginstituut Nederland 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 Zorginstituut en de NZa. Het Zorginstituut en de NZa treden altijd direct in contact met de zorgverzekeraar (en niet met de bewerker) over de aangeleverde gegevens.

Dit betekent onder meer dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de directe relatie tussen de gegevensbestanden die aan Zorginstituut Nederland 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 Zorginstituut zijn gestuurd. Tevens behoort het tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar dat de accountant de werkzaamheden in het kader van het protocol kan uitvoeren.

De applicaties voor het uitvoeren van de eerste stap in de pseudonimisering op de bestanden 'verzekerde periode en persoonskenmerken', 'farmacie', 'DBC's', 'persoonskenmerken', 'kosten per verzekerde', 'DBC's GGZ', 'hulpmiddelen' en de handleiding zijn beschikbaar via de website van Zorg TTP: www.zorgttp.nl \ downloads \ RVE en GIP. De huidige versie van de Privacy en Verzendmodule (PVM) is 2.1.0. 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. Wij verzoeken u om de in de bestandsspecificaties genoemde bestandsnamen (met hoofdletters) exact te hanteren.

Als u een bestand laat verwerken door de pseudonimisatieapplicatie (PVM), dan stuurt de applicatie het outputbestand automatisch door naar (het portaal) van ZorgTTP. Als het outputbestand groter is dan ongeveer 50 MB dan wordt het bestand echter niet automatisch verzonden. U kunt dan

OF 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'. Na het invullen van uw naam en e-mailadres kunt u verder gaan met het selecteren van een of meer bestanden met de knop "Upload". Het (de) bestand(en) word(t)(en) vervolgens naar de server van ZorgTTP verzonden. ZorgTTP zal de ontvangst bevestigen en de verdere verwerking verzorgen

OF Het bestand op CD of DVD branden en aangetekend naar ZorgTTP sturen. De adresgegevens van ZorgTTP zijn

ZorgTTP
Postbus 529
3990 GH HOUTEN

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 Zorginstituut Nederland, 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

- Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH DIEMEN
E-mail: verslagdocumenten@zinl.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 \ RVE en GIP
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 ZorgTTP 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 Zorginstituut:

Zorginstituut Nederland
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

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 Zvw. 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 Zvw 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 Zvw 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 Zvw geeft de NZa voorschriften voor de werkzaamheden van de accountant.
- Voor de gegevens in de jaarstaat Zvw die de zorgverzekeraar mét accountantsverklaring moet aanleveren aan de NZa, geldt vanaf de jaarstaat Zvw 2007 dezelfde aanleverdatum

als voor de elektronische versie die de zorgverzekeraar aan het CVZ stuurt, nl. 1 juni T+1.

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 toezichtactiviteiten van de Nza”.

1.3 Wijzigingen en aandachtspunten per jaar

- 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 wijzigingen en 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 Wijzigingen en aandachtspunten 2011 (versie handboek december 2010)*
- 1.3.13 Wijzigingen en aandachtspunten 2012 (versie handboek december 2011)*
- 1.3.14 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2012 (versie handboek maart 2012)*
- 1.3.15 Wijzigingen en aandachtspunten 2013 (versie handboek december 2012)*
- 1.3.16 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2013 (versie handboek april 2013)*
- 1.3.17 Wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie handboek december 2013)*
- 1.3.18 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie handboek januari 2014)*
- 1.3.19 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie april 2014)*

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

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

- Met ingang van de jaarstaat 2007 zijn er een aantal wijzigingen in de indeling van de jaarstaat:
 - 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

Specifiek

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- *Audiologische centra*
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.

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).

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'.

- *Extramuraal werkende specialisten*

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.

- *Opbrengstverrekening*

- 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.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- 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.

Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg

- 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, Tactiel-leesapparatuur 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, specificiert u deze kosten op een aparte regel.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- 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.

Rubriek 13 Overige kosten

Met ingang van 2007 is de definitie van rubriek 13 gewijzigd. Bij rubriek 13 verantwoordt u:

- 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.

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).

Opbrengstenverhaal

- De specificatie van de opbrengsten verhaal naar opbrengsten verhaal nationaal en internationaal komt in de jaarstaat Zvw 2007 te vervallen.

No-claim

- 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.

Betalingsachterstanden nominale premie

- 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. 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 premieopslag boven de nominale rekenpremie en eveneens inclusief de premieafslagen bijvoorbeeld als gevolg van een collectiviteitkorting en/of een vrijwillig eigen risico. 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.

Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling

- Met ingang van de kwartaalstaten 2007 hoeft u in de specifieke informatie C het aantal verzoeken om verzekering niet langer op te geven.

Verzekerdenstanden in de kwartaalstaten

- 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 risicoverevening. Deze aanpassing geldt met ingang van de verzekerdenstand per de datum van nominale premieprolongatie voor de maand januari 2007. Eenzelfde splitsing geldt voor de uitvraag van de specificatie van het aantal verzekerden dat is ingeschreven bij apotheehoudende huisartsen naar leeftijd en geslacht in specifieke informatie C. De stand hiervan per 1 juli wordt gevraagd in de 2^e kwartaalstaat. De stand per 1 oktober wordt gevraagd in de 3^e kwartaalstaat.

Gemiddeld aantal verzekerden in de jaarstaat

- 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
 - 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.

De controle van de accountant is daardoor gericht op de aangeleverde verzekerdenstanden in de kwartaalstaten voor de maanden maart tot en met december.

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

Met ingang van de kwartaalstaten 2008 zijn er een aantal wijzigingen in de indeling van de kwartaal- en jaarstaten

- 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'.

Met ingang van verslagjaar 2008 zijn er de volgende algemene wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving

- De kortdurende geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gaat van de AWBZ naar de ZVW;
- De eerstelijns Psychologische Zorg gaat van de aanvullende verzekering naar de ZVW (8 zittingen);
- De leeftijdsgrens voor mondzorg aan jeugdigen gaat van t/m 17 jaar naar t/m 21 jaar;
- De leeftijdsgrens voor anticonceptiemiddelen komt te vervallen;
- De academische component wordt direct vanuit het Zorgverzekeringsfonds aan academische ziekenhuizen betaald en niet langer via de zorgverzekeraars;
- Er komt een verplicht eigen risico en de no-claim regeling komt te vervallen;
- Epilepsiecentra gaan over op declaratie van DBC's;
- Invoering aparte tarieven voor Praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ;
- Er vindt een uitbreiding DBC's in het B-segment plaats.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- 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).
- De NZa codes van de nieuwe tarieven zijn nog niet bekend en zullen worden opgenomen in een volgende versie van het handboek.
- 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 praktijk ondersteuning huisartsen (POH) GGZ.
- In de specificatie van code 506 in de kwartaal- en jaarstaten, specifieke informatie C, specificeert u alle consulttarieven (inclusief de consulttarieven POH GGZ) tezamen.

Rubriek 04 Mondzorg

- 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.
- 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.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- *Academische component*
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.
- *Epilepsie centra*
Omdat epilepsiecentra met ingang van 2008 overgaan op DBC financiering zijn er de volgende wijzigingen:
 - 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.

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- 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:
 - 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.
- Daarnaast zijn er met ingang van 2008 de volgende nieuwe specificaties in de specifieke informatie C:
 - Specifieke informatie C, kwartaal- en jaarstaten*
Bij code 662 is een specificatie opgenomen van de kosten gesplitst naar kosten van instellingen en kosten van zelfstandig gevestigden.
 - Specifieke informatie C, Jaarstaat*
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.
 - Bij code 661 is een specificatie opgenomen van het aantal DBC's.
 - Bij code 662 is een specificatie opgenomen van het aantal DBC's.
 - 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.

Rubriek 13 Overige kosten

- 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.

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- 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.
De kosten van grensoverschrijdende zorg die via het CVZ lopen (waarvan u jaarlijks in januari een opgave van het CVZ ontvangt) dient u bij de verantwoording bij rubriek 15 in alle kwartaalstaten **niet** mee te nemen. De kosten in de opgave van het CVZ die u in januari t+1 ontvangt, verantwoordt u uitsluitend in de jaarstaat Zvw over jaar t.

Verzekerdenstanden in de kwartaalstaten

- 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.

Kosten per deelbijdrage

- 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.

No-claim en verplicht eigen risico

- 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. 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.
NB 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.

1.3.4 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten in 2008 (versie handboek augustus 2008)

Algemeen

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.

- In deze versie van het handboek zijn de tussen december 2007 en augustus 2008 verzonden brieven en e-mails verwerkt. Het betreft:
 - 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.).
- 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.
- 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.
- 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).

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- 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.

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- 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).

Rubriek Mondzorg

- 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.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- 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:

- 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 Zvw.

Bovenstaande aanpassingen gelden ook voor kostencodenummer 621, kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar (bij de tweede wijziging betreft het psychosomatische oefentherapie).

Rubriek 13 Overige kosten

- 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 Zvw worden gebracht.

Overige specificaties

- 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).

1.3.5 Wijzigingen en aandachtspunten in 2009 (versie handboek januari 2009)

Algemeen

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.

- In deze versie van het handboek zijn de tussen augustus 2008 en januari 2009 verzonden brieven en e-mails verwerkt. Het betreft:
 - 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).
- Daarnaast zijn in deze versie van het handboek toegevoegd:
 - 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).
- 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.
- 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.

Met ingang van verslagjaar 2009 zijn er de volgende algemene wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:

- 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;
- 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;
- De kaakchirurgie gaat over op invoering van declaratie op basis van één betaaltitel (maar geen echte DBC's);
- De revalidatie-instellingen gaan over op declaratie op basis van DBC's;
- De overgangsregeling PGB's GGZ vervalst;
- 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');
- 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);
- Opname in het basispakket van diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- 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.

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- 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.

Rubriek 04 Mondzorg

- De specificaties worden, naast de jaarstaat, ook in de 2^e en 4^e kwartaalstaat opgevraagd.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- 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, spec. Inf. 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.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- 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.

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- 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

- 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.
- 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 1e kwartaalstaat 2009 gelden nog de oude definities van de kolommen (5.2.1).
- De huidige specificaties (dus zeg maar de rijen) wijzigen niet. De wijzigingen hebben uitsluitend betrekking op de kolommen.
- 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.
- Bij de aanlevering van de jaarstaat 2008 en de extra jaarstaat 2006 (zie ook paragraaf 1.2) hebben de zorgverzekeraars de volgende keuze:
 - 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 vereveningsonderzoek Zvw 2008 zal de NZa opnemen dat bij gesplitste aanlevering niet méér accountantswerkzaamheden hoeven te worden verricht dan bij geïntegreerde aanlevering.
- 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.
- 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.
- 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.**

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- 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.

Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg

- 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.

Rubriek 13 Overige kosten

- 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.

Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling

- Naar aanleiding van vragen is in paragraaf 2.3 en 3.2.4 de toelichtende tekst aangevuld.

Gegevensvraag hogekostencompensatie

- 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

Er zijn nog twee wijzigingen voor de jaarstaat 2009 te melden.

- 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).

In deze versie van het handboek is de brief van 9 december (V&S/29108476) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2010' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 6.

In deze versie van het handboek is paragraaf 6.6 Toelichting nacalculatie en renteberekening vervallen. In 2010 ontvangt u nadere informatie over de nacalculatie.

Met ingang van verslagjaar 2010 zijn er de volgende wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:

- Invoering prestatiebekostiging Multidisciplinaire zorgverlening voor twee chronische aandoeningen, te weten Diabetes Mellitus type 2 en Cardiovasculair risicomangement. 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:
 - 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.

Als gevolg van gewijzigde informatiebehoefte kunnen een aantal specificaties vervallen of worden opgeschoven:

- De specificatie Grensoverschrijdende zorg naar 'kosten gemaakt in verdragslanden' en 'kosten gemaakt in niet-verdragslanden' van Zvw verzekeren die wonen in Nederland;
- De specificatie Grensoverschrijdende zorg naar 'kosten gemaakt in verdragslanden' en 'kosten gemaakt in niet-verdragslanden' van Zvw verzekeren die wonen in het buitenland;
- De specificatie toelichting balans;
- De opgave van verzekeren zonder BSN 2009 verschuift naar 2012.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- 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.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- 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.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- 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.

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- 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.

Rubriek 13 Overige kosten

- 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 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.

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- 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.

Kosten naar deelbijdrage

- 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.

Informatie tbv afrekeningen met het buitenland

- 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.

Aanvullende informatie risicoverevening

- Ten behoeve van de risicoverevening worden twee nieuwe bestanden uitgevraagd.
 - 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.

Opbrengstverrekening

- 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:
 - Verpleegkosten. De tarieven uit de Tarieflijst instellingen 2008 van de NZa met NZa-code A201, A202, A203, A204, A205 en A206 (codenummer 607);
 - Kosten revalidatiebehandeluren (RBU's): de tarieven uit de Tarieflijst instellingen 2008 van de NZa met NZa-code A231 en A021 (codenummer 610);
 - 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 de 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

Aanleverkalender

- De aanleverkalender 2010 in paragraaf 1.2 is aangevuld met drie aanleveringen.
 - 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).

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- 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.

Verschil posten schade DNB

- 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.

Kosten eigen instelling zorgverzekeraar

- Zorgverzekeraars die een eigen instelling exploiteren (bijvoorbeeld een apotheek) verantwoorden de zorgkosten, gebaseerd op de rechtsgeldige/marktconforme tarieven. Zie ook paragraaf 5.1.

Aanvullende informatie risicoverevening

- De inhoud van de e-mail van 1 april 2010 is verwerkt.
 - 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.

Opbrengstverrekening

- 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 revalidatie-instellingen.

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

Specifiek

Aanvullende informatie risicoverevening

- Bij hoofdstuk 6.3 Gegevensvraag persoonskenmerken is een extra paragraaf toegevoegd, 6.3.4 Gegevensvraag verzekerden 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

Bij een aantal rubrieken/codes is de toelichtende tekst verduidelijkt.

- 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.

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.

In deze versie van het handboek is de brief van 6 december (CCZ/2010131800) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2011' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 6.

Met ingang van verslagjaar 2011 zijn er de volgende wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:

- 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.

Specifiek

Rubriek 01 huisartsenzorg

- 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.

Rubriek 04 Mondzorg

- De specificatie van code 560.2 naar leeftijd vervalt in de kwartaal- en jaarstaat 2011, specifieke informatie C.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- 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.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- 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.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- 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.

Rubriek 13 Overige kosten

- 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.

Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling

- 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.

Aanvullende informatie risicoverevening

- Als gevolg van het combineren van een aantal gegevensaanleveringen
Persoonskenmerken zijn er twee 'nieuwe' aanleverbestanden en vervallen drie bestanden.
Nieuw zijn
 - 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.

Vervallen zijn

- RBVZ met accountantsverklaring, bestand uitstroom en verzekerden met E-106.
- 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.

1.3.13 Wijzigingen en aandachtspunten 2012 (versie handboek december 2011)

Algemeen

Balanspost

Omdat de 'balanspost t/m Xe kwartaal' door zorgverzekeraars verschillend werd bepaald vragen wij met ingang van de kwartaalstaten 2012 in de eerste kolom van de kostenverzamelstaat naar 'Lasten jaar T inclusief balanspost'. Dit betreft de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar. Dit geldt ook voor de specificatie van kosten in de eerste kolom naar deelbijdrage (2.2.2). In de specificaties van rubriek 06 in de kwartaalstaten (3.1.5) vragen wij in de tweede kolom de balanspost voor het hele jaar apart te specificeren. Ditzelfde geldt bij de specificatie van code 661 en 662 (3.1.9) en code 700 (3.1.11). Uiteraard is het wel de bedoeling dat u de balanspost over het hele jaar elk kwartaal actualiseert.

Oude en nieuwe B-dbc's

Over de splitsing van oude en nieuwe B-dbc's 2009 (jaarstaat 2011 en HKC-opgave 2009) het volgende. Als een dbc-code voorkomt in beleidsregel CI-1035 en hij maakt in 2009 ook onderdeel uit van het B-segment, dan wordt hij aangemerkt als B-dbc **oud**. Alle andere in 2009 geopende B-dbc's zijn nieuw.

SKMS

In de jaarstaat 2011 kunnen de kosten 'Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten' verantwoord worden bij rubriek 13 Overige kosten, code 700. In de kostenverzamelstaat worden de kosten 2011, 2010 en 2009 verantwoord. In de specifieke informatie A vragen wij een specificatie van deze kosten 2011 en 2009. In de specifieke informatie C vragen wij de kosten 2011 en 2010. De kosten SKMS betreft u **niet** in de HKC opgaven.

In deze versie van het handboek is de brief van 6 december 2011 (CCZ/2011111821) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2012' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 6.

Met ingang van verslagjaar 2012 zijn er de volgende wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:

- Een grote groep geneesmiddelen wordt overgeheveld van farmaceutische zorg naar de medisch specialistische zorg. Voor apothekers gelden vrije tarieven, in de prestatiebeschrijving zijn een aantal nieuwe prestaties opgenomen;
- In de mondzorg gaan vrije tarieven gelden, de tariefgroepen zijn gewijzigd. De prestatiebeschrijvingbeschikking geldt zowel voor tandheelkundige- als voor orthodontische zorg. Kosten orthodontie worden bij rubriek 04 Mondzorg verantwoord;
- DBC wordt dbc-zorgproduct. A- en B-segment gaan respectievelijk het gereguleerde en het vrije segment heten. Er wordt een nieuwe groep geïntroduceerd, de zgn. add-on's. Orthodontie gaat van medisch specialistische zorg naar Mondzorg;
- Voor fysiotherapie en oefentherapie bij een chronische aandoening komen voor verzekerden boven de 18 jaar de eerste 20 behandelingen voor eigen rekening. Een aantal aandoeningen van de chronische lijst wordt geschrapt;
- Dieetadvisering, als aparte te verzekeren prestatie gaat uit het basispakket. Als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening volgens de zorgstandaarden voor drie chronische aandoeningen blijft dieetadvisering in het verzekerde pakket;
- De groepen hulpmiddelen gerelateerd aan de visuele functie en beperkingen in het spreken worden functioneel omschreven. Vervanging van BAHA-hoortoestellen gaat naar de medisch specialistische zorg;
- Aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg gaat van 8 naar 5, eigen bijdrage gaat naar €20 per zitting. Eigen bijdrage internetbehandeltraject gaat naar €50. Verzekerden van 18 jaar en ouder gaan bij dbc's tot 100 minuten een eigen bijdrage van €100

betalen, bij dbc's van 100 minuten en meer €200. Bij verblijf in een tweedelijnsinstelling geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder een eigen bijdrage van €145 per maand. De opgave en specificatie van kosten GGZ is exclusief de eigen bijdragen;

- Behandeling van aanpassingsstoornissen gaat uit het basispakket;
- Programma 'Stoppen met roken' gaat uit het basispakket. Gedragsondersteuning blijft verzekerde zorg. Mogelijk stelt de Nza voor deze prestatie een beleidsregel vast. U wordt hierover nog geïnformeerd;
- De opgave ten behoeve van de betalingsachterstanden nominale premie komt te vervallen;
- Als gevolg van de Regeling risicoverevening 2012 moeten in de specifieke informatie A een aantal kosten gespecificeerd worden. Voor verdere informatie zie hieronder bij Uitvoering risicoverevening;
- Ten behoeve van de (waarschijnlijke) invoering van diagnosekostengroepen GGZ of een criterium 'verblijf t-1' in het risicovereveningsmodel 2013 vragen wij twee nieuwe bestanden DBC's GGZ op. In de bestanden 'Kosten per verzekerde' (T-3 en T-2) wordt een extra record opgevraagd met het schadebedrag GGZ;
- In de opgave ten behoeve van de opbrengstverrekening 2010 worden de gebudgetteerde instellingen GGZ, de audiologische centra en de long/astmacentra toegevoegd.

Specifiek

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- In de prestatiebeschrijving (BR/CU-5046) zijn nieuwe prestaties opgenomen. In de jaarstaat specifieke informatie C wordt bij elke afleveraar een extra uitvraag 'niet verstrekking gerelateerde prestaties' toegevoegd. De in art. 6 t/m 9 van de prestatiebeschrijving beschreven prestaties kunnen hier verantwoord worden.

Rubriek 04 Mondzorg

- De prestatiebeschrijvingbeschikking geldt zowel voor tandheelkundige zorg als voor orthodontische zorg. De tariefgroepen zijn gewijzigd.
- Kosten orthodontie worden voortaan verantwoord bij rubriek 04 Mondzorg, bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3). De verantwoording oude jaren vindt nog wel plaats bij code 546 Medisch specialistische zorg.
- Code 562 Bijzondere betalingen mondzorg vervalt in de specifieke informatie A, kwartaal- en jaarstaat. Deze kosten worden verantwoord bij code 560.1 dan wel bij 560.2. Nog wel verantwoording oude jaren bij code 562.
- Door de wijziging van de tariefgroepen ziet de specificatie van de codes 560.1, 560.2 en 561 in de specifieke informatie C, kwartaal- en jaarstaat, er anders uit. Een aantal specificaties vervalt. Zie hiervoor 3.1.3. In de jaarstaat 2011 geldt nog de oude indeling.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- De volgende kostencodenummers vervallen in de kwartaal- en jaarstaat 2012:
 - code 546 Honoraria en kosten specialisten voor orthodontie. Deze kosten worden verantwoord bij rubriek 04 Mondzorg. Nog wel verantwoording oude jaren;
 - code 606 Kosten verpleging in categorale ziekenhuizen. Nog wel verantwoording oude jaren;
 - code 607 Kosten verpleging in revalidatie-instellingen. Eventuele nagekomen declaraties van kosten verpleging over 2006 tot en met 2008 kunnen verantwoord worden bij code 618.
- De volgende specificaties vervallen in de specifieke informatie A, jaarstaat 2012:
 - specificatie 613 naar kosten ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialyse-, radiotherapeutische-, audiologische-, epilepsie- en revalidatiecentra. (2.2.3). Nog wel specificatie oude jaren;
 - specificatie van DBC's naar sluitingsjaar (2.2.3);
 - specificatie van kostencomponent DBC's A-segment naar instellingen (2.2.3). Nog wel specificatie oude jaren.

- In de specificatie van code 610 naar instellingen, in de kwartaal- en jaarstaat specifieke informatie C, worden de 'kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria' afzonderlijk opgevraagd. De specificatie van code 610 in de jaarstaat van 'tarieven voor diagnostiek, aangevraagd door huisartsen, uitgevoerd door huisartsenlaboratoria' komt te vervallen.
- Het experiment St. Maartenskliniek is in 2012 beëindigd, er is geen sprake meer van de zgn. experimentele DBC's SMK. De dbc-zorgproducten van De St. Maartenskliniek worden als alle andere dbc-zorgproducten ingedeeld in het gereguleerde- of het vrije segment.
- DBC wordt dbc-zorgproduct. De huidige uitvraag blijft gehandhaafd, alleen de naamgeving bij de codenummers 613 tot en met 615 en 619 verandert in dbc-zorgproduct. A-segment en B-segment gaan respectievelijk het gereguleerde – en het vrije segment heten. Omwille van de leesbaarheid zullen wij, zeker in de formats waarin meerdere jaren worden opgevraagd, op verschillende plaatsen blijven praten over A - en B-segment.
- Er wordt een nieuwe code toegevoegd voor de add-on's, 612, voor alle instellingen en zorgverleners. Add-on's zijn de prestaties IC en de dure en weesgeneesmiddelen. In de specifieke informatie C in de kwartaalstaten wordt een specificatie gevraagd van de add-on's dure en weesgeneesmiddelen naar 4 groepen instellingen.
- Voor wijzigingen van de specificaties in de specifieke informatie A zie verder hieronder bij Uitvoering risicoverevening.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- De dieetadvisering, als aparte te verzekeren prestatie gaat uit het basispakket. Code 625 gaat vervallen in de uitvraag specifieke informatie A en C. Er vindt nog wel verantwoording oude jaren plaats. Als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening volgens de zorgstandaarden voor diabetes, cardiovasculair risicomanagement en COPD blijft dieetadvisering in het verzekerde pakket. Deze kosten worden verantwoord bij rubriek 13, code 700.

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

- In de specifieke informatie C moeten de DBC's (code 661 en 662) zowel in de kwartaal- als in de jaarstaten gespecificeerd worden naar DBC's gebudgetteerde instellingen, DBC's nieuwe instellingen en DBC's zelfstandig gevestigden. De DBC's van zelfstandig gevestigden geldt alleen voor code 662. De specificatie van 661 is nieuw, de specificatie van 662 wordt hiermee uitgebreid. Overzichten van de twee groepen instellingen staan in hoofdstuk 5.

Rubriek 13 Overige kosten

- Programma's "Stoppen met roken" gaan uit de Zvw. De verantwoording van deze prestatie bij code 700 in specifieke informatie A en in de specificatie van code 700 in de specifieke informatie C vervalst. Er vindt nog wel verantwoording plaats over 2011. Mogelijk stelt de Nza een beleidsregel vast voor de gedragsmatige ondersteuning. Informatie volgt zo spoedig mogelijk.

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- Als gevolg van het convenant tussen zorgverzekeraars en het CVZ over de kosten buitenland via het CVZ, verantwoordt u in de jaarstaat 2011 tevens de kosten over 2009 en 2010 zoals opgenomen in de brief van januari 2012. Het bedrag over 2009 betreft u ook bij de kosten via het CVZ over 2009 in de specificatie van rubriek 15 in de specifieke informatie A. De kosten over 2008 verantwoordt u niet in de jaarstaat 2011.

Uitvoering risicoverevening

- Specificaties jaarstaat, specifieke informatie A.
Als gevolg van de Regeling risicoverevening 2012 (zie website Zorginstituut) moeten vanaf 2012 in de specifieke informatie A de volgende kosten gespecificeerd worden:

- Kosten- en honorariumcomponent expertproducten (bepaalde groep dbc-zorgproducten), zowel bij het gereguleerde (A) segment als het vrije (B) segment. Een specificatie van een deel van de codes 613 t/m 616;
- Kosten stollingsfactoren, deel code 618;
- Kosten van de eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door alle eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria, productiesamenwerkingsverbanden, ziekenhuizen en ZBC's. Dit betekent dat bij code 610 de betreffende kosten van huisartsenlaboratoria gespecificeerd moeten worden (A255, A801 en hoofdgroep B uit de Tarieflijst instellingen 2012 alsmede ordertarief 190255) en bij code 617 van productiesamenwerkingsverbanden, ziekenhuizen en ZBC's (het betreft dezelfde declaratiecodes als in hoofdgroep B in de Tarieflijst Instellingen);
- Van de long/astma-instellingen en epilepsiecentra (alle instellingen samen) moeten de volgende kosten gespecificeerd worden:
 - Honorariumcomponent van de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, exclusief de expertproducten (deel code 614);
 - De kosten en honorariumcomponent van ondersteunende en overige producten, exclusief kosten van eerstelijnsdiagnostiek (deel code 617);
 - De kosten en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen, exclusief kosten van hemostatica (deel code 618).
- Van extramuraal werkende specialisten (code 619) moeten de volgende kosten gespecificeerd worden:
 - Kostencomponent van de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, exclusief de expertproducten;
 - Honorariumcomponent van de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, exclusief de expertproducten;
 - Kosten en honorariumcomponent van de dbc-zorgproducten in het vrije segment, exclusief de expertproducten;
 - Kosten- en honorariumcomponent expertproducten;
 - Kosten en honorariumcomponent van ondersteunende en overige producten en van overige verrichtingen, exclusief kosten van eerstelijnsdiagnostiek en kosten van hemostatica;
 - Kosten van eerstelijnsdiagnostiek.

Aanvullende informatie risicoverevening

- Gegevensuitvraag persoonskenmerken 2012
Dit bestand wordt met ingang van 2012 weer met een assurancerapport opgevraagd, omdat het wordt gebruikt bij de vaststelling van de bijdrage. De aanleverdatum verschuift hiermee van 15 juni naar 1 juli. Op verzoek van de zorgverzekeraars is de peildatum met ingang van het bestand over 2012, 1 juni.
- Gegevensuitvraag GGZ-gegevens
De gegevensuitvraag GGZ zoals die in 2011 is uitgevraagd komt te vervallen. In het bestand Kosten per verzekerde wordt een extra record opgevraagd met het Schadebedrag GGZ (zie volgend punt). Achteraf is gebleken dat voor de toepassing van de hoge en lage drempel GGZ de definitie van de schade nodig is zoals die ook in het bestand Kosten per verzekerde wordt gehanteerd, namelijk gecorrigeerd voor opbrengstverrekening. Daarnaast vraagt het CVZ in 2012 ten behoeve van de (waarschijnlijke) invoering van diagnosekostengroepen GGZ of een criterium 'verblijf t-1' in het risicovereveningsmodel 2013 twee (nieuwe) bestanden DBC's GGZ op, namelijk één over 2009 en één over 2010. Beide bestanden levert u aan met alleen een bestuursverklaring. In de bestanden neemt u per DBC GGZ een aantal gegevens op.
- Gegevensuitvraag Kosten per verzekerde
In 2012 worden twee bestanden aangeleverd. Kosten per verzekerde 2009 met een assurancerapport. Kosten per verzekerde 2010, zonder een assurancerapport.

In beide bestanden wordt een record toegevoegd met Schadebedrag GGZ. De schade moet worden gecorrigeerd voor opbrengstverrekening op basis van verrekenpercentages van de NZa.

Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

- In 2012 (opgave over 2010) worden de gebudgetteerde GGZ instellingen, de audiologische centra en de long/astma-instellingen toegevoegd.
- Voor de long/astma-instellingen geeft u een specificatie van de kosten verrichtingencode 190204 (verpleegdag).

1.3.14 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2012 (versie handboek maart 2012)

Algemeen

Vanaf 2012 geeft het CVZ in de formats naast de naam van de instelling alleen de NZa code van het ziekenhuis weer. In de vorige versie van het Handboek stond in paragraaf 5.5 gemeld dat op de website van Vektis de conversietabel AGB-NZA (2008-2010) te vinden zouden zijn. Helaas heeft Vektis later besloten om deze conversietabel niet op de website te plaatsen. De tabel kan nu worden opgevraagd via servicedesk@vektis.nl.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- De zogenaamde variabiliseringsgelden, een bedrag per ingeschreven patiënt dat huisartsen –vooral nog in 2011, 2012 en 2013- kunnen declareren indien zij aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen, moeten verantwoord worden bij code 503, Bijzondere betalingen huisartsenzorg, in het betreffende jaar. Deze gelden vallen onder de M&I module, bedragen per verzekerde, code 14xxx en moeten in de specificatie in de Specifieke informatie C dan ook bij die regel worden opgenomen.

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- Bij code 520 is met ingang van de jaarstaat 2012, specifieke informatie C, in de specificatie van de kosten een extra regel toegevoegd voor 'kosten niet gerelateerd aan de ter handstelling'. Bij de tweede specificatie, naar aantallen, telt u deze declaraties niet mee. Hier geeft u alleen de aantallen voorschriften op.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- In de specificatie van code 610 in de kwartaal- en jaarstaat specifieke informatie C, worden de 'kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria' afzonderlijk opgevraagd. De definitie van deze kosten stond alleen vermeld in paragraaf 1.3.13 bij Uitvoering risicoverevening. In deze versie van het Handboek hebben wij bij de specificatie van code 610 in hoofdstuk 3, specifieke informatie C, de definitie van de prestaties die hier onder vallen ook genoemd.

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

- Eigen bijdragen
 - De volledige eigen bijdragen GGZ, die volgens de regeling moeten worden opgelegd, mogen niet ten laste van de Zorgverzekeringswet verantwoord worden. Voor de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten betekent dit dat u bij code 660, 661 en 662 de kosten moet verantwoorden **exclusief de op te leggen eigen bijdragen**.
 - Voor VWS is het van belang om inzicht te verkrijgen in de omvang van de op te leggen eigen bijdragen bij de DBC's GGZ. Daarom vragen wij in de specifieke informatie C, kwartaalstaten 2e en 4e kwartaal en in de jaarstaat, de volgende specificatie:
 - Zorg met verblijf: op te leggen eigen bijdragen verblijf;
 - Zorg met verblijf: op te leggen eigen bijdragen behandeling;
 - Zorg zonder verblijf: op te leggen eigen bijdragen behandeling.
 - De op te leggen eigen bijdragen behandeling moet u verantwoorden en specificeren in het jaar waarin de DBC is geopend.
 - De eigen bijdragen verblijf moet u verantwoorden en specificeren in het jaar waarin het verblijf heeft plaatsgevonden (dit is dus anders dan de verantwoording van de kosten van DBC's verblijf). Dus als er bijvoorbeeld onafgebroken verblijf plaatsvindt van november 2012 tot 1 maart 2013, dan moeten de eigen bijdragen voor de verblijfsdagen die voor 1 januari plaatsvinden worden gespecificeerd bij 2012, en de

verblijfsdagen vanaf 1 januari bij 2013. Ook voor onafgebroken verblijf, dat is gestart in 2011 en doorloopt in 2012, geldt de eigen bijdrage regeling voor de verblijfsdagen in 2012. Als de verblijfsduur in 2011 meer dan 31 dagen is geweest moet de eigen bijdrage vanaf 1 januari 2012 opgelegd worden.

- Het is bekend dat de bepaling van de eigen bijdragen voor verblijf volgens de regelgeving (en daardoor ook de juiste verantwoording) in de praktijk problematisch is. ZN en VWS zijn in overleg over een oplossing. Zodra hierover meer bekend is zullen wij u informeren.
- Fier Fryslan
Fier Fryslan (FF) is een expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties. Over de jaren 2008, 2009 en 2010 heeft FF een aantal declaraties (GGZ DBC's) voor zeer ernstig en langdurig bedreigde cliënten niet gedeclareerd, omdat daar teveel risico's aan verbonden zijn. Het ministerie van VWS, FF en de zorgverzekeraars zijn onlangs overeengekomen dat FF over die jaren een totaalbedrag per jaar per (betreffende) zorgverzekeraar declareert en dat de zorgverzekeraars die betalen. In overleg met CVZ en NZa heeft VWS besloten dat deze declaraties ten laste van de Zvw mogen worden gebracht in de vereveningsjaren 2009 (declaraties 2008 en 2009) en 2010 en als rechtmatig worden aangemerkt. Tevens is besloten dat deze kosten niet meelopen bij de vaststelling van de kosten GGZ boven de hoge en boven de lage drempel en niet in de HKC GGZ en mogen daarom niet worden opgenomen in de opgaven 'kosten per verzekerde' 2009 en 2010 en de opgave HKC GGZ 2010.
In de jaarstaat 2011 verantwoorden de betreffende zorgverzekeraars de declaraties over 2008 en 2009 bij de kosten '2009 en ouder' en de declaraties over 2010 bij de kosten 2010, bij code 661.

Rubriek 13 Overige kosten

- Gedragmatige ondersteuning bij stoppen met roken, volgens beleidsregel CU-7057 van de NZa, blijft in 2012 een te verzekeren prestatie. U verantwoordt de kosten van deze prestatie bij rubriek 13, code 700 in de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A en u specificeert deze kosten bij code 700 in de specifieke informatie C in de kwartaal- en jaarstaten. Deze beleidsregel is met name bedoeld voor andere zorgaanbieders dan de reguliere zorgaanbieders zoals de huisarts en de specialist. De stopadviezen van bijvoorbeeld de huisarts zijn in principe onderdeel van de reguliere huisartsenzorg.
- Dieetadvisering is in 2012 alleen nog een te verzekeren prestatie in het kader van ketenzorg. Deze kosten worden verantwoord als onderdeel van de integrale kosten Multidisciplinaire zorgverlening. Voor die gevallen waarin de kosten van dieetadvisering in het kader van de ketenzorg als losse prestatie gedeclareerd worden, is er in de specificatie van code 700 een extra regel "dieetadvisering in het kader van ketenzorg" toegevoegd.
- Onlangs is besloten dat de kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) ook in 2012 nog verantwoord moeten worden in de kwartaal- en jaarstaten. In de kostenverzamelstaat, kwartaal- en jaarstaat code 700, verantwoordt u de kosten over 2012, 2011 en 2010. U specificeert in de jaarstaat, specifieke informatie A, bij code 700 de kosten SKMS over 2012 en 2010. In de specifieke informatie C specificeert u de kosten SKMS 2012 in de 2^e kwartaalstaat en volgende en de kosten 2012 en 2011 in de jaarstaat 2012.

Uitvoering Risicoverevening

- In de specifieke informatie A moet u de kosten van de kosten- en honorariumcomponent specificeren van de DBC zorgproducten die in 2012 zijn aangemerkt als expertproduct (deel code 613 t/m 616 en 619). Een overzicht van deze expertproducten kunt u vinden op website van DBC-onderhoud.
- De kosten van de ontvangen en geaccepteerde declaraties van stollingsfactoren (hemostatica), zoals verantwoord bij code 618, werden al gespecificeerd in de jaarstaat, specifieke informatie C. Voor de uitvoering risicoverevening is het nodig dat tevens de

kosten 2012 inclusief balanspost worden gespecificeerd in de jaarstaat, specifieke informatie A. In 2012 betreft het de declaratiecodes 191801 tot en met 191883.

Aanvullende informatie risicoverevening

- Opgave HKC 2009
Over de HKC opgave 2009 zijn op 13, 16 en 31 januari 2012 e-mails verstuurd over de publicatie van de verrekenpercentages en de vast-variabel percentages, hoe om te gaan in de HKC met de toegevoegde verrekenpercentages voor twee instellingen en de gewijzigde aanleverdatum. De relevante tekst is toegevoegd aan het einde van paragraaf 6.8.1 en de uiterste aanleverdatum is aangepast in de aanleverkalender in paragraaf 1.2.
- Herziene opgave HKC 2007
In de brief van 8 maart 2012 (kenmerk CCZ/2012025590) bent u geïnformeerd over de herziene opgave HKC 2007. De brief is toegestuurd per e-mail op 12 maart. De aanlevering van de herziene opgave HKC 2007 op 1 juli 2012 is toegevoegd aan de aanleverkalender, paragraaf 1.2.

Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

- In het format van de Opbrengstverrekening 2010 zijn bij de GGZ instellingen 18-, de GGZ instellingen 18+ en bij de Totale kosten GGZ instellingen enkele NZa-codes aangepast.

1.3.15 Wijzigingen en aandachtspunten 2013 (versie handboek december 2012)

Algemeen

Vervroeging aanlevering vanaf 2013

Het CVZ is met de NZa en VWS in overleg over versnelling van de aanlevering van documenten en bestanden met accountantsproduct alsmede de 4^e kwartaalstaat met ingang van de aanleveringen in 2014. Het huidige tijdspad is te kort zowel voor het CVZ, voor het aanleveren van gegevens aan VWS in het kader van de budgetcyclus, als voor de onderzoeksperiode van de NZa. Het CVZ en de NZa verzoeken u daarom, op basis van vrijwilligheid, om de documenten en bestanden met accountantsproduct die op 1 juni moeten worden aangeleverd (zie de aanleverkalender in paragraaf 1.2) in 2013 bij voorkeur een maand eerder aan te leveren, dus 1 mei 2013.

Afspraken lumpsum, plafond etc.

In paragraaf 2.2.1 en hoofdstuk 5 is aangegeven hoe u in de kwartaal- en jaarstaten moet omgaan met afspraken met zorgaanbieders over lumpsum, plafond, etc. De verrekeningen met zorgaanbieders moeten te zijner tijd ook worden verwerkt in de bestanden Kosten per verzekerde en HKC.

1^e Kwartaalstaat

In de 1^e kwartaalstaat komen de huidige specificaties in de specifieke informatie C te vervallen. In de 1^e kwartaalstaat specifieke informatie C worden uitsluitend gevraagd de nieuwe specificatie 'onderhanden werk' en de nieuwe specificatie in het kader van de nieuwe regeling wanbetalers.

Aantallen

De definities van 'aantallen' in de diverse specificaties in de specifieke informatie C in de kwartaal- en jaarstaat zijn verduidelijkt of aangepast. Voor verdere informatie zie de betreffende rubrieken in de specifieke informatie C, te weten Mondzorg, Mondziekten en kaakchirurgen, Paramedische zorg en Ziekenvervoer.

In deze versie van het handboek is de brief van 22 november 2012 (CCZ/2012122466) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2013' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 6.

Met ingang van verslagjaar 2013 zijn er de volgende wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:

- De prestatie 'Diagnostiek en behandeling van TBC en infectieziekten door de GGD' is een prestatie Zvw. **Onder voorbehoud van de definitieve beslissing van de NZa** gaat deze prestatie onder de huisartsenzorg vallen;
- Voor de mondzorg gaan weer maximum tarieven gelden. De tariefgroepen en prestatiecodes zijn gewijzigd;
- Bij de medisch specialistische zorg is de indeling en rubricering van de overige zorgproducten door de Nza gewijzigd. Er is één nieuwe groep geïntroduceerd, de overige zorgproducten, code 611. Code 617 Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten en code 618 Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen komen hierbij te vervallen. Niet alle overige zorgproducten (volgens de 'Tarieventabel DBC zorgproducten en overige producten 2013' van de Nza) verantwoordt u bij code 611. Voor verdere informatie zie hieronder bij Medisch specialistische zorg, code 611;
- Alle prestaties diagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders zijn door de Nza opgenomen in een aparte beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek. Bestaande beleidsregels/tarieflijsten zijn voor deze prestaties geschoond. Het CVZ handhaaft in de kwartaal- en jaarstaat de huidige wijze van verantwoorden en specificeren van prestaties diagnostiek op aanvraag van eerstelijns zorgverleners
 - Prestaties uitgevoerd door huisartsenlaboratoria, en ook het sluittarief voor

- huisartsenlaboratoria, verantwoordt u bij code 610.
- Prestaties uitgevoerd door huisartsen (M&I verrichtingen) verantwoordt u bij 503.
- Prestaties uitgevoerd door verloskundigen verantwoordt u bij code 580.
- Prestaties uitgevoerd door ziekenhuizen, ZBC's en productiesamenwerkingsverbanden verantwoordt u bij code 611;
- Dieetadvisering komt weer terug als prestatie Zvw, nu voor maximaal 3 uur per jaar;
- Een aantal hulpmiddelen wordt functiegericht omschreven. Sommige categorieën worden uitgebreid, andere beperkt. De AWBZ-uitleen is overgeheveld naar de Zvw. In de Regeling Hulpmiddelen is een nieuw artikel 2.33 toegevoegd, hierin zijn alle bijdragen en maximale vergoedingen geregeld;
- In de GGZ komen de eigen bijdragen voor verblijf en behandeling weer te vervallen.
- Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is een nieuwe prestatie Zvw. Deze prestatie is overgeheveld uit de AWBZ. Voor de GRZ is een nieuwe rubriek, rubriek 11, en een nieuwe code, code 670, in dit handboek opgenomen;
- Programma stoppen met roken wordt weer een prestatie Zvw;
- In tegenstelling tot eerdere besluitvorming van VWS moeten de kosten SKMS ook in 2013 verantwoord en gespecificeerd worden in de kwartaal- en jaarstaat bij code 700;
- De opgave in het kader van betalingsachterstanden nominale premie, de oude wanbetalersregeling, in de jaarstaat specifieke informatie A komt in zijn geheel te vervallen. In het kader van de nieuwe regeling wanbetalers komt er een geheel nieuwe specificatie in alle kwartaalstaten, specifieke informatie C;
- Als gevolg van de Regeling risicoverevening 2013 (zie website CVZ) moet vanaf 2013 in de specifieke informatie A een aantal kosten gespecificeerd worden. Een aantal andere kosten hoeft vanaf 2013 niet meer gespecificeerd te worden. Voor verdere informatie zie hieronder bij Uitvoering risicoverevening;
- In tegenstelling tot vorig jaar wordt ten behoeve van de aanvullende informatie risicoverevening de gegevensvraag DBC's GGZ in 2013 over 1 jaar, nl 2011, opgevraagd.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- Onder voorbehoud van de definitieve beslissing van de NZa wordt de prestatie 'Diagnostiek en behandeling van TBC en infectieziekten door de GGD' een prestatie Huisartsenzorg. De kosten moeten verantwoord worden onder Bijzondere betalingen (503). In de specifieke informatie C (3.1.1) worden deze kosten bij code 503 gespecificeerd.
- De prestaties genoemd in de nieuwe beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek, uitgevoerd door huisartsen (M&I verrichtingen) blijven verantwoord worden bij code 503.

Rubriek 04 Mondzorg

- Door de wijzigingen van de tariefgroepen ziet de specificatie van de codes 560.1, 560.2 en 561 in de specifieke informatie C, kwartaal- en jaarstaat er anders uit. Zie verder bij 3.1.3.

Rubriek 05 Verloskundige zorg

- Van de nieuwe beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek blijft u de prestaties die op aanvraag van eerstelijns zorgverleners worden uitgevoerd door verloskundigen verantwoord (en specificeren) in deze rubriek (code 580).

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Voor wijzigingen van de specificaties in de specifieke informatie A zie hieronder bij Uitvoering risicoverevening.
- Bij code 545, specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie, hoeven de kosten en aantallen van paradontale chirurgie, extractie onder narcose en osteotomie niet meer apart gespecificeerd te worden. Bij de specificatie van deze code in de jaarstaat

specifieke informatie C wordt bij de kosten gevraagd naar implantaten, overige prestaties (waaronder paradontale chirurgie, extractie onder narcose en osteotomie) en het totaal van code 545. Bij de aantallen worden alleen aantal implantaten (code 238060) gevraagd.

- Om de afspraken uit het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord te kunnen monitoren, dit is een informatiebehoefte van VWS, wordt een groot gedeelte van rubriek 06 in de specifieke informatie C gewijzigd. Het excelformat rubriek 06 is in november al verstuurd. De huidige specificaties van 610 t/m 618 vervallen (ook geen specificatie oude jaren). Behalve (in de jaarstaat)
 - Aantallen DBC's A segment B segment naar instellingen
 - 611 (t/m 2012 617 en 618), Poliklinische bevallingen en Gezonde moeder/gezonde zuigeling (minus de stollingsfactoren).
- Met ingang van 2013 komt er een nieuw codenummer 611 voor de verantwoording en specificatie van de 'overige zorgproducten'. De codenummers 617 en 618 komen met ingang van 2013 te vervallen, er vindt nog wel verantwoording en specificatie van kosten tot en met 2012 plaats. De reden hiervan is dat de NZa de indeling en rubricering van de overige zorgproducten gewijzigd heeft. De volgende kosten van overige zorgproducten volgens de 'Tarieventabel DBC zorgproducten en overige producten 2013' van de NZa verantwoordt u **niet** bij code 611:
 - Alle prestaties 'OZP supplementair – Add on duur of weesgeneesmiddel' en 'OZP supplementair – Add on IC', verantwoordt u bij code 612;
 - OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor ergotherapie, verantwoordt u bij code 624;
 - OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor dieetadvisering, verantwoordt u bij code 625. Prestaties dieetadvisering in het kader van gecoördineerde multidisciplinaire dienstverlening verantwoordt u bij code 700;
 - OZP paramedische behandeling en onderzoek, tarieven voor eerstelijns psychologische zorg, verantwoordt u bij code 660;
 - OZP Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde, verantwoordt u bij rubriek 04;
 - OZP Overige verrichtingen, honorariumcomponent kaakchirurgen van alle prestaties kaakchirurgie, verantwoordt u bij code 545;
- Van de nieuwe beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek blijft u de prestaties die op aanvraag van eerstelijns zorgverleners worden uitgevoerd door de medisch specialistische zorg verantwoordt (en specificeren) in deze rubriek:
 - Prestaties uitgevoerd door huisartsenlaboratoria, en ook het sluittarief voor huisartsenlaboratoria, verantwoordt u bij code 610;
 - Prestaties uitgevoerd door ziekenhuizen, ZBC's en productiesamenwerkingsverbanden verantwoordt u bij code 611.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- Dieetadvisering is weer een prestatie Zvw, maximaal 3 uur per jaar. De kosten 2013 worden weer verantwoordt bij code 625 in de kostenverzamelstaat, specifieke informatie A. Deze kosten worden niet gespecificeerd in de specifieke informatie C. Dieetadvisering in het kader van ketenzorg als aparte prestatie, die in 2012 bij rubriek 13 Overige kosten moest worden verantwoordt, moet in 2013 weer verantwoordt worden bij code 625. Bij rubriek 13 vindt in de jaarstaat 2013 nog wel specificatie van deze kosten 2012 plaats.

Rubriek 08 hulpmiddelen

- In de gegevensuitvraag wordt m.i.v. 2013 geen onderscheid meer gemaakt in hulpmiddelen in eigendom en hulpmiddelen in bruikleen. De specificatie in de jaarstaat wordt, op enkele uitzonderingen na, niet meer op monitorcodeniveau maar op categorieniveau gevraagd. T.o.v. 2012 zijn de volgende categorieën gewijzigd: 2, 4, 5, 17 en 30. De categorieën 8, 25, 33 en 34 zijn vervallen, er vindt hier nog wel specificatie over 2012 plaats. Categorie 2 is uitgebreid; deels met hulpmiddelen die uit een andere categorie komen (nl 8, 17, 30, 33 en 34) en deels met hulpmiddelen die overkomen uit

de AWBZ-uitleen. Categorie 4 wordt uitgebreid met brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot 18 jaar. Bij categorie 5 worden hulpmiddelen uit 17, 25 en 33 toegevoegd. Een aantal hulpmiddelen uit categorie 17 is verplaatst naar 2 en 5. Categorie 30 is uitgebreid met hulpmiddelen die overkomen van de AWBZ-uitleen, een klein aantal hulpmiddelen is verplaatst naar categorie 2. Het format van de jaarstaat 2013 is in deze versie van het handboek al toegevoegd.

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

- De eigen bijdragen voor verblijf en behandeling vervallen. Hiermee vervalt ook de specificatie van de eigen bijdragen GGZ in de specifieke informatie C. U specificiert de eigen bijdragen nog wel in de 4^e kwartaalstaat en de jaarstaat 2012. Daarnaast blijft u uiteraard in de (toekomstige) kwartaal- en jaarstaten op de kosten 2012 de conform de regelgeving 2012 op te leggen eigen bijdragen in mindering brengen. Over de eigen bijdragen verblijf heeft VWS een brief gestuurd aan de NZa en het CVZ (zie 3.1.9).
- Het onderscheid naar gebudgetteerde en nieuwe instellingen in de specificatie van code 661 en 662 vervalt. De specificatie van kosten code 661 in de specifieke informatie C vervalt in zijn geheel. De specificatie van kosten code 662 in de specifieke informatie C wordt weer hetzelfde als in de kwartaal- en jaarstaten 2011 (onderscheid naar 'Instellingen' en 'Zelfstandig gevestigden').

Rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg

- Dit is een nieuwe prestatie Zvw. U verantwoordt deze kosten onder een nieuwe code 670. U verantwoordt de kosten alleen in de kwartaal- en jaarstaat in de specifieke informatie A, kostenverzamelstaat

Rubriek 13 Overige kosten

- Programma Stoppen met roken is weer een prestatie Zvw. Uitvraag 'Programma Stoppen met roken' (kosten en aantallen) komt weer terug in de specificatie bij Rubriek 13, code 700, specifieke informatie C, kwartaal- en jaarstaten. De uitvraag 'Stoppen met roken, gedragsondersteuning' komt in die specificatie weer te vervallen. In de jaarstaat 2013 moeten nog wel de kosten 2012 worden gespecificeerd.
- Ook in 2013 moeten de kosten SKMS hier verantwoord en gespecificeerd worden.

Paragraaf 3.2 Regeling wanbetalers

- Er komt een nieuwe specificatie in alle kwartaalstaten, specifieke informatie C, in het kader van de nieuwe regeling wanbetalers. Zie verder bij paragraaf 3.2.

Uitvoering risicoverevening

- Specificaties jaarstaat, specifieke informatie A.
Als gevolg van de Regeling risicoverevening 2013 moeten vanaf 2013 de volgende kosten gespecificeerd worden.
 - Kosten groeihormonen (ATC-code's H01AC01 en H01AC03) + kosten IC (deel van de add-on's, code 612), in de jaarstaat.
- Met ingang van vereveningsjaar 2013 worden de deelbedragen 'ziekenhuisverpleging variabel' en 'B-DBC's' samengevoegd. De nieuwe naam voor dit deelbedrag is 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'. De naam van het deelbedrag 'vaste ziekenhuiskosten' verandert in deelbedrag 'vaste zorgkosten'. Dit heeft gevolgen voor de specificatie 'Kosten per deelbijdrage' in de kwartaal- en jaarstaten.
- De volgende specificaties komen met ingang van 2013 te vervallen, deze specificaties worden nog wel gevraagd over de oude jaren.
 - Kosten en honoraria long/astma instellingen en epilepsiecentra (deel code 614, 617 en 618)
 - Kosten verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische hulp (deel code 617)
 - Kosten hemostatica/stollingsfactoren (deel code 618).

Aanvullende informatie risicoverevening

- Gegevensuitvraag DBC's GGZ
De gegevensuitvraag DBC's GGZ wordt opgevraagd over alleen 2011. Dit bestand wordt aangeleverd met alleen een bestuursverklaring.
- Kosten per verzekerde 2011 en registratie kosten buitenland via CVZ per verzekerde
Met ingang van het Kosten per verzekerde bestand 2011 neemt u ook kosten buitenland via CVZ per verzekerde op in dit bestand. Dit betekent dat u de kosten met ingang van 1 januari 2013 op verzekerdeniveau moet vastleggen, voor zover die betrekking hebben op transactiejaar 2011 en later. Het gaat daarbij om de kosten buitenland via het CVZ die zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2013 ter goedkeuring hebben ontvangen, inclusief de kosten buitenland die zorgverzekeraars op 1 januari 2013 als workload hebben liggen (dus kosten die in 2012 door de zorgverzekeraars zijn ontvangen en die niet in 2012 door het CVZ uitbetaald zijn). Als u al eerder kosten buitenland via CVZ per verzekerde heeft vastgelegd, mag u deze dus NIET meenemen in de Kosten per verzekerde bestanden. In paragraaf 6.7. is beschreven welke kosten over 2011 u op welke wijze opneemt in het Kosten per verzekerde bestand 2011.
NB In uw opgaven van de HKC van 2011 (somaatich en GGZ-18+) mag u de kosten buitenland via het CVZ NIET meenemen. Op grond van de ministeriële regeling 2011 corrigeert het CVZ uw HKC-opgave voor deze kosten. Dit geeft dus een verschil in alle schadedefinities tussen uw 'kosten per verzekerde'-bestand 2011 en uw HKC-opgave 2011. Vanaf het vereveningsjaar 2013 zijn de definities gelijk (HKC betreft dan alleen nog GGZ-18+).

1.3.16 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2013 (versie handboek april 2013)

Algemeen

Kosten toerekenen naar jaar van aanvang

Regelmatig ontvangen wij vragen over naar welk jaar bepaalde kosten toe te rekenen. In de Zvw (art. 23) staat dat 'kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen'. Dus, een voorbeeld, de kosten van verloskundige zorg worden toegerekend aan datum start behandeling. Wij verwachten niet dat zorgverzekeraars, die de kosten aan het verkeerde jaar hebben toegerekend dit met terugwerkende kracht nog gaan aanpassen. Vanaf nu doen alle zorgverzekeraars dit op dezelfde en correcte wijze.

Landelijk Schakelpunt (LSP)

Op 23 maart 2012 hebben wij u per e-mail bericht dat er nog geen uitsluitsel van VWS was over de financiering van het LSP. Inmiddels heeft VWS besloten dat de kosten LSP in 2012 en 2013 niet als reguliere kosten Zvw beschouwd worden. Deze kosten mogen in de kwartaal- en jaarstaten dus niet verantwoord worden. Over de kosten 2014 e.v. moet nog een besluit genomen worden.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- De prestatie 'Diagnostiek en behandeling van TBC en infectieziekten door de GGD' is tot op heden (nog) niet als prestatie Huisartsenzorg voor 2013 beschreven. De kosten van deze prestatie kunnen niet verantwoord worden bij huisartsenzorg. Ook de specificatie van deze kosten bij code 503 in de specifieke informatie C vervalt.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Met ingang van 2012 zijn de codenummers 546 en 606 vervallen. In 1.3.13 en H5 staat dit beschreven, daar staat ook dat er nog wel verantwoording oude jaren moet plaatsvinden. Helaas zijn deze codenummers in de kostenverzamelstaat, 1^e kwartaalstaat 2013 verdwenen. In deze versie van het handboek zijn deze codes weer toegevoegd. In de excelformats voor het 2^e kwartaal 2013 zijn de codes ook weer toegevoegd en kunnen deze kosten over 2011 en ouder weer verantwoord worden.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- Vooruitlopend op een nieuwe uitvraag in het kader van de risicoverevening in 2014, namelijk een gegevensuitvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's) 2013, melden wij nu al dat de clustering naar HKG's wordt gebaseerd op het GPH-coderingssysteem. Dit betekent dat het CVZ hulpmiddelen op GPH-codeniveau gaat opvragen. VWS en ZN hebben afgesproken dat de zorgverzekeraars alle hulpmiddelen in 2013 uniform registreren in termen van Z-index- en GPH-codes. Het CVZ stuurt ook nog een brief hierover aan de zorgverzekeraars.
- De specificatie van kosten van hulpmiddelen in de jaarstaat, specifieke informatie C, is op hoofd- en subcategorie volgens de Regeling hulpmiddelen. In de toelichting bij de specificatie in het Handboek zal de verwijzing naar monitorcodes worden vervangen door een verwijzing naar GPH-codes. De conversietabel die Vektis, in samenwerking met het CVZ, al enkele jaren publiceert met daarin de relaties tussen monitorcodes en GPH-codes kunt u gewoon blijven gebruiken voor de specificatie in de jaarstaat 2013. In een volgende versie vallen de monitorcodes er tussenuit.

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

- **Verantwoording kosten GGZ**
De NZa heeft een aantal beleidsregels en declaratiebepalingen GGZ gewijzigd. Als gevolg hiervan is op basis van de DBC-prestatiecode geen onderscheid meer te maken tussen DBC's met en DBC's zonder verblijf. In de DBC-prestatiecode is de productgroep voor behandeling opgenomen. Daarnaast kunnen in 2013 de volgende deelprestaties worden gedeclareerd: deelprestaties voor (24-uurs) verblijf, ambulante methadonverstrekking, electroconvulsietherapie, beschikbaarheidcomponent crisis en verblijf zonder overnachting. Het CVZ handhaaft de huidige wijze van verantwoorden van de kosten. Als er sprake is geweest van (24-uurs) verblijf, dan verantwoordt u alle kosten GGZ van die verzekerden bij code 661. Zo niet, dan verantwoordt u alle kosten van de betreffende verzekerden bij code 662. De deelprestatie Verblijf zonder overnachting moet ook bij 662 verantwoord worden. Methadonverstrekking is in 2013 niet meer een overig product GGZ, maar een aparte deelprestatie. De kosten blijft u verantwoorden bij code 664 Kosten overige producten. De toelichting in paragraaf 3.1.9 en de definities in H 5 zijn ook aangepast. Omdat bij de codes 661 en 662 zowel kosten van DBC's als van deelprestaties worden verantwoord, is de benaming van de codes voortaan Kosten GGZ met verblijf (661) en Kosten GGZ zonder verblijf (662) in plaats van kosten DBC's GGZ met en zonder verblijf.

Aanvullende informatie risicoverevening

- **Kosten per verzekerde 2011 en registratie kosten buitenland via CVZ per verzekerde**
In de versie van het Handboek van december 2012 en in de brief van 19 december 2012 (kenmerk CCZ/2012142089) bent u geïnformeerd over de registratie van kosten buitenland via het CVZ op verzekerdeniveau met ingang van 1 januari 2013. In een addendum bent u op 10 januari 2013 (kenmerk CCZ/2013004813) geïnformeerd over een aangepaste definitie van de kosten die u op verzekerdeniveau moet vastleggen. De definitie luidt: 'Met ingang van 1 januari 2013 moet u de kosten buitenland via het CVZ op verzekerdeniveau vastleggen, voor zover die betrekking hebben op transactiejaar 2011 en later. Het gaat daarbij om de kosten buitenland via het CVZ die zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2013 ter goedkeuring hebben ontvangen.' De wijziging ten opzichte van de brief van 19 december is dat de zogenoemde workload op 1 januari 2013 (kosten die in 2012 door de zorgverzekeraars zijn ontvangen van het CVZ en die niet in 2012 door het CVZ zijn uitbetaald) **niet** mag worden meegenomen in de bestanden op verzekerdeniveau voor de risicoverevening.
Zie ook paragraaf 5.7, bestand Kosten per verzekerde 2011.

1.3.17 Wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie Handboek december 2013)

Algemeen

Er zijn nog drie nagekomen wijzigingen voor de jaarstaat 2013.

In de kostenverzamelstaat is rubriek 13 Overige kosten uitgebreid met een nieuwe code, 701 Kosten overige geneeskundige zorg. Zie verder hieronder bij Specifiek rubriek 13.

De specificatie van code 700 in jaarstaat de specifieke informatie C wordt over 3 ipv 2 jaren uitgevraagd, namelijk jaar T, T-1 en T-2.

Rubriek 16 heeft een nieuwe naam gekregen. 'Kwaliteitsgelden'. Hier worden met ingang van 2013 ook de Projectgelden GGZ verantwoord. De projectgelden GGZ moeten in de specifieke informatie A gespecificeerd worden.

Vervroeging aanlevering

Van veel gegevensaanleveringen is de aanleverdatum veranderd, meest vervroegd. U bent hierover bij brief (13 juni 2013) geïnformeerd, zie ook de aanleverkalender in paragraaf 1.2. In verband hiermee zijn ook de aanleveringen van de verzekerenstanden gewijzigd, Zie 2.2.9. De vervroeging is onder meer op nadrukkelijk verzoek van VWS. Op basis van de kwartaal- en jaarstaten levert Zorginstituut Nederland aan VWS financiële rapportages voor besluitvorming over het BKZ. Daarom is het ook van groot belang dat de balansposten in de kwartaal- en jaarstaten altijd de meest actuele ramingen bevatten.

In deze versie van het handboek is de brief van 25 november 2013 (2013123286) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2014' verwerkt. Voornamelijk in Hoofdstuk 6.

Met ingang van verslagjaar 2014 zijn er als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving de volgende aanpassingen:

- Bij de huisartsenzorg is een nieuwe prestatie opgenomen, namelijk 'Groepsconsult';
- Bij de hulpmiddelenzorg is de thuisdialyse-apparatuur overgeheveld naar de medisch specialistische zorg;
- Bij het ziekenvervoer zijn twee verrekentarieven vastgesteld, I 020 en I 021. Deze verantwoordt u bij code 650. Kosten van vervoer bij ambulante geriatrische revalidatiezorg kunnen ten laste van de Zvw, regeling zittend vervoer, gebracht worden. U kunt deze kosten verantwoorden bij code 651 en specificeren bij 'Overige patiënten';
- Bij de geneeskundige GGZ gaat eerstelijns psychologische zorg vervallen. Hiervoor in de plaats komt generalistische basis GGZ, met de prestaties Kort, Middel, Intensief en Chronisch. Er zijn bij de GGZ geen overige producten meer die vallen onder de Zvw;
- Bij rubriek 13, Overige kosten zijn een aantal nieuwe prestaties opgenomen. Te weten: geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en, huidtherapie, orthoptie en optometrie. De kosten van SKMS gaan naar rubriek 16;
- Bij rubriek 16, met de nieuwe naam Kwaliteitsgelden, kunnen de projectgelden GGZ verantwoord worden;
- Als gevolg van de regeling risicoverevening 2014 moeten in de specifieke informatie A een aantal kosten gespecificeerd worden. Zie verder bij [Uitvoering risicoverevening](#);
- Ten behoeve van de aanvullende informatie risicoverevening is er een nieuwe gegevensuitvraag Hulpmiddelenkostengroepen. In de bestandsspecificaties van DBC-gegevens (somatisch) 2012, DBC gegevens GGZ 2012 en Kosten per verzekerde 2012 zijn een aantal wijzigingen doorgevoerd;
- In de opgave ten behoeve van de opbrengstverrekening is een aantal categorieën instellingen vervallen.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- Bij de huisartsenzorg komt een nieuwe prestatie, groepsconsult POH. De kosten groepsconsult kunt u verantwoordt bij code 506 Consulttarieven. In de specifieke informatie C moet u deze kosten ook specificeren.

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- Er zijn enkele tekstuele aanpassingen gedaan. 'Voorschrift' wordt 'Uitgifte'. Bij kosten aflevering is toegevoegd dat dit inclusief de eventueel vergoede aanvullende prestaties en inclusief eventuele marge (in geval van buiten WMG-middel) is.

Rubriek 04 Mondzorg

- Code 562 is verwijderd. Eventueel nagekomen declaraties kunnen verantwoord worden bij code 560.1 dan wel 560.2.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- In de specificatie van code 610 in de specifieke informatie C wordt de regel 'overige prestaties' gesplitst in 'Trombosediensten' en 'SKION en NTS'.
- Bij alle specificaties naar soorten instellingen is de categorie 'overige instellingen' van naam veranderd in 'overige zorgaanbieders'.
- Alle kosten van de prestatie Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie worden verantwoord bij code 611. De kosten gedeclareerd door overige zorgaanbieders (niet zijnde een academisch of algemeen ziekenhuis of ZBC) neemt u op bij de categorie 'Overige zorgaanbieders'.
- De codes 546 en 606 zijn verwijderd. Eventueel nagekomen declaraties van orthodontie (546) kunnen verantwoord worden bij rubriek 04 Mondzorg. Nagekomen declaraties van 606 (verpleging in categorale ziekenhuizen) kunnen bij code 611 verantwoord worden.

Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg

- De thuisdialyse-apparatuur inclusief toebehoren, controle en onderhoud (en chemicaliën en vloeistoffen) zijn overgeheveld naar de medisch-specialistische zorg. De uitgaven voor woningaanpassingen en uitgaven die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen (zoals extra stroomkosten) blijven wel onderdeel van de hulpmiddelenzorg.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- Voor 2014 heeft de NZa voor ambulancevervoer twee verrekentarieven vastgesteld (I 020 en I 021). Deze tarieven verantwoordt u bij code 650.
- De specificatie van aantallen ambulancevervoer in de jaarstaat, specifieke informatie C, wordt gesplitst in aantal spoedvervoer A1-/A2-rit (prestatiecode 196010) en aantal besteld vervoer (prestatiecode 196002).
- VWS heeft besloten dat de kosten van vervoer bij een ambulante behandeling geriatrische revalidatiezorg in 2014 ten laste van de Zvw, regeling zittend ziekenvervoer, mogen worden gebracht. U verantwoordt deze kosten bij code 651 en in de specificatie van code 651 neemt u de kosten op bij de categorie 'overige patiënten met toestemming o.g.v. hardheidsclausule'.

Rubriek 10 Geneeskundige GGZ

- Code 660, eerstelijns psychologische zorg, vervalft. Hiervoor in de plaats komen de prestaties generalistische basis GGZ: Kort, Middel, Intensief en Chronisch en alleen voor 2014 een transitieprestatie. De kosten van deze prestaties verantwoordt u bij het nieuwe codenummer 665. Ook verantwoordt u hier de prestaties GGZ die zijn opgenomen in de Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg, Overige zorgproducten, OZP paramedische behandeling en onderzoek.
- De Specialistische GGZ blijft verantwoord worden bij code 661, GGZ met verblijf, en code 662, GGZ zonder verblijf.

- Code 664, Overige producten vervalt met ingang van 2014. Tot en met 2013 verantwoordt u bij code 664 de kosten van geïndiceerde preventie voor hoog risicogroepen en de kosten van methadon. In 2014 is de geïndiceerde preventie niet langer een overige product gespecialiseerde GGZ. De kosten van de deelprestatie methadon worden vanaf 2014 verantwoord bij code 661 dan wel code 662.
- De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGZ-zorgaanbieders en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek die worden gedeclareerd met een overig zorgproduct medisch specialistische zorg worden verantwoord bij code 611.

Rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg

- In de jaarstaat, specifieke informatie C, wordt een specificatie gevraagd van het totale aantal DBC's.

Rubriek 13 Overige kosten

- Rubriek 13 wordt aangevuld met een nieuwe code, 701 Overige geneeskundige zorg. Bij deze code verantwoordt u de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' van de NZa. Met ingang van de jaarstaat 2013 verantwoordt u hier geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGD-artsen en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek die worden gedeclareerd met een overig zorgproduct medisch specialistische zorg worden verantwoord bij code 611.
- Bij code 701 verantwoordt u tevens de kosten van de hierna genoemde Zvw zorg, voor zover die is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering op grond van de Wmg. Deze zorg is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering, tenzij de zorg wordt geleverd door of vanwege een instelling (in de zin van de Wet toelating zorginstellingen) en/of deel uitmaakt van een prestatie of geheel van prestaties waarvoor een tarief in rekening wordt gebracht. Het betreft
 - Huidtherapie
 - Orthoptie
 - Optometrie

De kosten mogen uitsluitend ten laste van de Zvw worden gebracht voor zover het Zvw zorg betreft (bijvoorbeeld bij huidtherapie: uitsluitend epilatie bij transseksuelen), de zorg is geleverd door vrijgevestigde zorgaanbieders en voor zover aan de door de zorgverzekeraars gestelde voorwaarden in de polis is voldaan. Bijvoorbeeld: alleen als in een naturapolis is opgenomen dat epilatie bij transseksuelen door een vrijgevestigde huistherapeut een verzekerde prestatie is, dan komen deze kosten ten laste van de Zvw.

Rubriek 16 Kwaliteitsgelden

- Deze rubriek, code 730, krijgt met ingang van de jaarstaat 2013 een nieuwe naam "Kwaliteitsgelden". Hier worden naast de kosten ondersteuning eerstelijnszorg met ingang van de jaarstaat 2013 ook de projectgelden GGZ verantwoord. De kosten van projectgelden GGZ worden gespecificeerd in de jaarstaat, specifieke informatie A. De achtergrond van deze projectgelden is dat in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 middelen beschikbaar zijn gesteld voor kwaliteitsbeleid en projecten GGZ. In de regeling risicoverevening 2014 is in artikel 22 alsnog geregeld dat de kosten 2013 voor 100% als vaste kosten worden aangemerkt in de risicoverevening. Voor de kosten 2014 staat dit in artikel 15, lid 9. De inning van de projectgelden GGZ loopt net als SKMS en ondersteuning eerstelijnszorg via ZN.
- Met ingang van de 1^e kwartaalstaat 2014 verantwoordt u bij rubriek 16 ook de kosten SKMS. Voor een toedeling naar deelbijdragen moet code 730 in de jaarstaat 2014, specifieke informatie A, gespecificeerd worden naar kosten ondersteuning eerstelijnszorg, kosten projectgelden GGZ en SKMS.

- LET OP: De kosten SKMS verantwoordt en specificeert u in de jaarstaat 2013 nog bij rubriek 13, code 700.

Uitvoering risicoverevening

- De kosten van Paramedische behandeling en onderzoek (onderdeel overige zorgproducten, code 611) worden aangemerkt als kosten overige prestaties, en moeten in de jaarstaat 2014, specifieke informatie A gespecificeerd worden.
- Aan de specificatie in de jaarstaat, specifieke informatie A, van de kosten van groeihormonen + de kosten IC moeten ook de kosten van fertilitieithormonen worden toegevoegd (alle kosten tezamen). Voor ATC-codes en zorgproductcodes van de groeihormonen en fertilitieithormonen zie paragraaf 2.2.3.
- Code 730 Kwaliteitsgelden moet gespecificeerd worden naar kosten projectgelden GGZ (al in 2013) en (in 2014) kosten ondersteuning eerstelijnszorg en SKMS.

Aanvullende informatie risicoverevening

- Er is een nieuwe gegevensvraag Hulpmiddelenkostengroepen, Hulpmiddelen 2013, aan te leveren met accountantsproduct en bestuursverklaring. Hierover bent u geïnformeerd per brief van 6 mei en 13 juni 2013 en per e-mail van 5 september.
- Als gevolg van de invoering van DBC zorgproducten met ingang van 2012 zijn er een aantal wijzigingen doorgevoerd in de bestandsspecificatie van DBC-gegevens (somatisch) 2012. Het betreft tekstuele wijzigingen en het aantal posities van de DBC zorgproductcode (was DBC prestatiecode) is 9 (was 12).
- De uitvraag van de DBC gegevens GGZ die in 2014 over 2012 worden gevraagd wijzigt omdat in de DBC prestatiecode vanaf 2012 niets meer over het verblijf is opgenomen. Informatie over het 24-uurs verblijf is nodig voor de diagnosekostengroepen die vanaf 2014 in het vereveningsmodel zijn opgenomen. In het bestand moet per deelprestatie 24-uursverblijf, die bij de DBC (behandeling) gedeclareerd is, een apart detailrecord worden opgenomen. Het detailrecord van de deelprestatie bevat dezelfde gegevens als het detailrecord van de DBC waar de deelprestatie bij hoort (BSN, DBC-prestatiecode, maand van opening) maar een afwijkende declaratiecode en schadebedrag (namelijk van de betreffende deelprestatie).
In 2014 wordt het bestand (over 2012) uitsluitend met een bestuursverklaring aangeleverd, in 2015 (over 2013) met een bestuursverklaring én een assurancerapport.
- In het bestand Kosten per verzekerde 2012 is de naam van het schadebedrag 'B-DBC's' gewijzigd in het schadebedrag 'DBC-zorgproducten vrije segment'. De verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond etc. verwerkt u niet in het voorlopige bestand 2012, maar in het definitieve bestand 2012 (aanlevering in 2015).

Opbrengstverrekening

- De instellingen waarover in 2014 over 2012 gegevens worden opgevraagd ten behoeve van de opbrengstverrekening zijn de (voorheen gebudgetteerde) GGZ-instellingen, long/astma instellingen, epilepsie-instellingen en het Beatrixoord. De kosten die per GGZ-instelling moeten worden opgegeven over 2012 betreffen de kosten van geneeskundige GGZ, voor zover het Zvw zorg is. Het betreft de som van de prestaties (DBC) behandeling en 24-uursverblijf uit de tariefbeschikking DBC GGZ 2012 van de NZa en de producten 'geïndiceerde preventie bij hoog risico groepen' en 'medicijnkosten methadon' uit de tariefbeschikking Overige producten GGZ. Dit betreft de kosten 2012 voor de betreffende instellingen zoals verantwoord bij de codenummers 661, 662 en 664 in de kwartaal- en jaarstaten.

1.3.18 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie Handboek januari 2014)

Specifiek

Aanvullende informatie risicoverevening

- De record lay-out van de opgave DBC's somatisch 2012 is gewijzigd (zie brief van 23 januari 2014, kenmerk 201408698). Voor de bepaling van de diagnose kosten groepen op basis van DBC zorgproducten (vanaf 2012) heeft het Zorginstituut de diagnosecode nodig die afzonderlijk in de declaratie is opgenomen. In deze versie van het Handboek is opgenomen de aangepaste record lay-out met versienummer 201203. Daarin is de diagnosecode toegevoegd in het detailrecord en het versienummer van de record lay-out in het voorlooprecord aangepast.

Wij verzoeken u om deze record lay-out (versie 201203) te hanteren bij de aanlevering van de opgave DBC's somatisch 2012 op 1 juni 2014.

Zie ook paragraaf 5.5. en hoofdstuk 7.

1.3.19 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie Handboek april 2014)

Algemeen

Wijziging in hoofdstukindeling

In deze versie van het Handboek is hoofdstuk 4 (Controle-overzichten) helemaal verwijderd. De nummering van de daaropvolgende hoofdstukken is aangepast.

Naamswijziging

Het CVZ heet vanaf 1 april 2014 Zorginstituut Nederland. Deze naamswijziging is het gevolg van een uitbreiding van de werkzaamheden. Wij hebben dit in het Handboek aangepast. Ons e-mailadres en webadres veranderen ook. Het webadres is www.zorginstituutnederland.nl en het e-mailadres voor de inzending van verantwoordingsstaten en voor vragen over de verantwoordingen is verslagdocumenten@zinl.nl. Voor het lopende jaar hebben wij in de formats en in de bestandsnamen de naam 'CVZ' nog gehandhaafd. Tegelijkertijd hebben wij in dit nieuwe handboek gebruik gemaakt van de voor ons nieuwe rijkshuisstijl; nieuw lettertype, nieuwe pagina-indeling enz.

Specifiek

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- In de record lay-out van de gegevensvraag DBC's GGZ 2012 staat een kleine onjuistheid. Bij de declaratiecode staat 'N' (numeriek), dit moet 'AN' (alfanumeriek) zijn. In hoofdstuk 7 is dit aangepast.

Rubriek 13 Overige kosten

- Code 701 moet in 2014 in de jaarstaat T en T-1 gespecificeerd worden naar de 4 prestaties, geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en, huidtherapie, orthoptie en optometrie. Wij hebben dit gemeld in het document met de wijzigingen in de kwartaal- en jaarstaat 2014 wat wij u op 6 december 2013 gemaïld hebben. Ook is het in paragraaf 3.1.12 beschreven. In paragraaf 1.3.17 is deze melding helaas weggevalen.

2 Specifieke Informatie A

2.1 Bestuursverklaring

2.2 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat

2.3 Informatie tbv afrekeningen met het buitenland

Specifieke Informatie A

In de Specifieke Informatie A in de jaarstaat is informatie opgenomen waar een accountantsverklaring bij moet worden afgegeven. In een bestuursverklaring (2.1) bij de jaarstaat verklaart het bestuur dat de informatie voor de vereiste juistheidcontrole is voorgelegd aan de externe accountant. De onjuistheden en onzekerheden moeten worden toegelicht, voor verdere instructies zie het Protocol Onderzoek Zvw van de Nza. 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 Zorginstituut Nederland nodig heeft voor een tussentijdse herberekening van de bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds en verzekerdengegevens. De detailinformatie 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.

De informatie ten behoeve van afrekeningen met het buitenland (2.3) 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 Zorginstituut 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.

2.1 Bestuursverklaring

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

Zorgverzekeraars leveren op papier de volgende documenten aan de NZa:

- De specifieke informatie A met juistheidverklaring;
- De Bestuursverklaring.

In het aan te leveren Elektronisch Format Jaarstaat aan Zorginstituut Nederland zijn opgenomen:

- De specifieke informatie A die aan moet sluiten op de papieren versie;
- De specifieke informatie C.

Zorgverzekeraars leveren de Bestuursverklaring op papier aan bij de papieren versie van de specifieke informatie A.

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.

Wijzigingen na goedkeurende accountantsverklaring:

- 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 Onderzoek Zvw met oplevering in 2014) 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.

Bestuursverklaring jaarstaat Zvw 2013, specifieke informatie A

De bestuursverklaring stuurt u, vergezeld van een controleverklaring, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (zorgverzekeraar)

verklaart dat het op(datum) het bestand 'jaarstaat 2013' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De gegevens in de jaarstaat Zvw 2013 zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar.

De specifieke informatie A in de jaarstaat Zvw 2013 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.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2 en 3.2)

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- Hoe de 'jaarstaat Zvw 2013, specifieke informatie A' tot stand gekomen is;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek met oplevering in 2014 van de Nza zijn nageleefd;

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

2.2 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat

- 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 Specificaties Rubriek 16 Kwaliteitsgelden*
- 2.2.9 Verzekerdenstanden*
- 2.2.10 Berekende nominale rekenpremies gedetineerden*

Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat

In de specifieke informatie A zijn eerst twee onderverdelingen van de totale kosten Zvw 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 2.2.8).

Kolom 1 en kolom 5 uit de kostenverzamelstaat jaarstaat 2013 moeten gespecificeerd worden.

In paragraaf 2.2.9 treft u een toelichting aan op de verzekerdengegevens die u in de kwartaal- en jaarstaten moet aanleveren. Paragraaf 2.2.10 gaat over de gegevens die u in de jaarstaat moet aanleveren over berekende nominale rekenpremies voor gedetineerden.

2.2.1 Kostenverzamelstaat

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
X	X	X	X	X

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

Met ingang van de kwartaalstaten 2012 vragen wij in de eerste kolom naar 'Lasten jaar T inclusief balanspost'. Dit betreft de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar. Uiteraard is het wel de bedoeling dat u de balanspost over het hele jaar elk kwartaal actualiseert.

In het jaar dat een codenummer komt te vervallen, zijn de eerste en de tweede kolom in zowel de kwartaalstaten als de jaarstaat gearceerd. In de kolommen 3 en verder kunt u nagekomen declaraties over oude schadejaren bij het betreffende codenummer verantwoorden. In 2014 geldt dit voor code 664. De codes 562, 546 en 606 vervallen in 2014 helemaal. Rubriek 16 heeft, met terugwerkende kracht, met ingang van 2013 een nieuwe naam gekregen, 'Kwaliteitsgelden'. Verdere wijzigingen voor 2014 zijn beschreven in 1.3.17.

Aan het einde van de kostenverzamelstaat is een aantal regels opgenomen, die het verschil aangeven met het schadebegrip zoals de Nederlandse Bank dat hanteert. De verschilposten 'Schade ten laste van het vrijwillig/verplicht eigen risico' en 'Opbrengsten verhaal' gebruiken Zorginstituut Nederland en VWS ook als beleidsinformatie. Bij de regel 'Prudentiemarge balanspost' neemt u extra marges op de balanspost op. Bij de balanspost volgens de definitie van het Zorginstituut, neemt u uitsluitend een zo reëel mogelijke schatting op van de nog te ontvangen declaraties.

In de gehele jaarstaat geldt dat u geen correcties/inschattingen in verband met de opbrengstverrekening via de NZa verwerkt. Als u met zorgaanbieders afspraken heeft gemaakt over een lumpsum, plafond etc. dan moet u die afspraken, voor zover het prestaties Zvw betreft, verwerken in de balanspost. Daarbij moet u een zo goed mogelijke inschatting maken van de verdeling naar codenummers en naar de onderdelen in de specificaties. De kolom 'ontvangen en geaccepteerde declaraties' geeft de ontvangen declaraties weer voor de in de verslagperiode aan verzekerden verleende zorg/ in de verslagperiode geopende DBC zorgproducten. Nadat de verrekening met de zorgaanbieder heeft plaatsgevonden verwerkt u deze in de 'ontvangen en geaccepteerde declaraties', uiterlijk in de jaarstaat over T+2. Na de verrekening is er geen balanspost meer. De verrekening moet verwerkt worden in de gevraagde specificaties in de jaarstaat. Indien de verschillen niet op het gevraagde niveau bekend zijn, worden deze via een logische verdeelsleutel toegerekend. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

Een beschrijving van het kostenbegrip en van de te verantwoorden kosten per kolom, per kostenrubriek en per kostencodenummer, is opgenomen in hoofdstuk 4. Definities Kosten en Productie.

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2014

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	CVZ- code	LASTEN 2014		LASTEN 2013		LASTEN 2012 EN OUDER	
		Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Lasten 2012 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
01 HUISARTSENZORG							
Bijzondere betalingen	503						
Avond-, nacht- en weekenddiensten	504						
Inschrijftarieven	505						
Consultarieven	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						
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

KOSTENRUBRIEK	CVZ- code	LASTEN 2014		LASTEN 2013		LASTEN 2012 EN OUDER	
		Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Lasten 2012 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG							
Kosten en honor. specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545						
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610						
Overige zorgproducten	611						
Kosten add-on's	612						
Kosten van DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613						
Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment	614						
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615						
Honoraria DBC-zorgproduct vrije 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
07 PARAMEDISCHE ZORG							
Kosten fysiotherapie	620						
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621						
Kosten logopedie	623						
Kosten ergotherapie	624						
Kosten dieetadvisering	625						
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2014

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	CVZ- code	LASTEN 2014		LASTEN 2013		LASTEN 2012 EN OUDER	
		Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Lasten 2012 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
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 GEZONDHEIDZORG							
Kosten eerstelijnspsychologische zorg	660						
Kosten specialistische GGZ met verblijf	661						
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf	662						
Kosten overige producten GGZ	664						
Generalistische basis GGZ	665						
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0	0	0
11 GERIATISCHE REVALIDATIEZORG							
TOTAAL RUBRIEK 11	670						
12 KRAAMZORG							
TOTAAL RUBRIEK 12	680						
13 OVERIGE KOSTEN							
Overige kosten	700						
Overige geneeskundige zorg	701						
TOTAAL KOSTEN VAN PRESTATIES		0	0	0	0	0	0

KOSTENRUBRIEK	CVZ- code	LASTEN 2014		LASTEN 2013		LASTEN 2012 EN OUDER	
		Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Lasten 2012 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG							
TOTAAL RUBRIEK 15	720						
16 KWALITEITSGELDEN							
TOTAAL RUBRIEK 16	730						
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie CVZ)		0	0	0	0	0	0

VERSCHIL POSTEN SCHADE DE NEDERLANDSCHE BANK	CVZ- code	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Lasten 2012 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
SCHADE T.L.V. HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO	910						
SCHADE T.L.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO	915						
SCHADE-AFHANDELINGSKOSTEN	920						
PRUDENTIEMARGE BALANSPOST	930						

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	CVZ- code	LASTEN 2013		LASTEN 2012		LASTEN 2011 EN OUDER
		Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Lasten 2012 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
01 HUISARTENZORG						
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
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	 	 	 	 	
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610					
Overige zorgproducten	611			 	 	
Kosten add-on's	612					
Kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613					
Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment	614					
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615					
Honoraria DBC-zorgproduct vrije 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

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	CVZ- code	LASTEN 2013		LASTEN 2012		LASTEN 2011 EN OUDER
		Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Lasten 2012 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 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
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 GGZ met verblijf	661					
Kosten GGZ zonder verblijf	662					
Kosten overige producten GGZ	664					
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0	0
11 GERIATISCHE REVALIDATIEZORG						
TOTAAL RUBRIEK 11	670					
12 KRAAMZORG						
TOTAAL RUBRIEK 12	680					
13 OVERIGE KOSTEN						
Overige kosten	700					
Overige geneeskundige zorg	701					
TOTAAL RUBRIEK 13		0	0	0	0	0
TOTAAL KOSTEN VAN PRESTATIES		0	0	0	0	0
15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG						
TOTAAL RUBRIEK 15	720					
16 KWALITEITSGELDEN						
TOTAAL RUBRIEK 16	730					
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie CVZ)		0	0	0	0	0

VERSCHIL POSTEN SCHADE DE NEDERLANDSCHE BANK	CVZ- code	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Lasten 2012 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 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					

2.2.2 Kosten per deelbijdrage

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
X	X	X	X	X

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. In de specificatie in de kwartaalstaat 'Lasten jaar T inclusief balanspost' geeft u de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar op. In de jaarstaat specificeert u tevens het bedrag dat is opgenomen in de vijfde kolom. De verdeling naar de deelbijdragen vindt plaats op basis van de ministeriele "Regeling zorgverzekering" en de "Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering (jaartal)" van Zorginstituut Nederland zoals die voor het betreffende bijdragejaar van toepassing zijn. De knip, de peildatum voor de splitsing van kosten GGZ in verzekerden jonger dan 18 en verzekerden van 18 jaar en ouder is 30 juni van het betreffende jaar. 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.

Specificatie in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2014

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE		Lasten 2014 inclusief balanspost
Variabele kosten van medisch-specialistische zorg		
Vaste zorgkosten		
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		
TOTAAL lasten (bruto-schade, definitie CVZ)		0

Specificatie in de jaarstaat 2013

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE		Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
Variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp		 	
Variabele kosten van medisch-specialistische zorg			
Vaste zorgkosten / Vaste kosten ziekenhuisverpleging			
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Kosten tlv deelbijdrage GGZ verzekerden jonger dan 18 jaar		
	Kosten tlv deelbijdrage GGZ verzekerden 18 jaar en ouder		
Kosten overige prestaties			
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment		 	
TOTAAL kosten		0	0

2.2.3 Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

Kosten per instelling(en)

Voor de toedeling van de kosten van rubriek 06, Medisch specialistische zorg, naar vaste en variabele kosten is van codenummer 613 een nadere detaillering nodig. U specificeert de bedragen die zijn opgenomen in de eerste en vijfde kolom.

- 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. De kosten in deze specificatie worden volgens eenzelfde percentage toegedeeld 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, te weten de academische ziekenhuizen, de algemene ziekenhuizen en twee categorale ziekenhuizen (Oogziekenhuis Rotterdam en de St. Maartenskliniek) moet u de kosten per instelling apart specificeren. Ook in deze specificatie geldt dat u geen correcties/inschattingen in verband met de opbrengstverrekening verwerkt. Beide specificaties vervallen in de jaarstaat 2012, want de kostencomponent van de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment van alle instellingen wordt vanaf 2012 aangemerkt als 75% variabel. U specificeert nog wel oude jaren in de jaarstaten 2012 en 2013.

Specificaties in de jaarstaat 2013

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 613 - KOSTEN DBC'S A SEGMENT	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
Kosten van ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialyse-, radiotherapeutische-, audiologische-, epilepsie- (met ingang van 2008) en revalidatiecentra (met ingang van 2009)	X	

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

NZa- code	NAAM INSTELLING	PLAATS	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
020-0100	Universitair Medisch Centrum Groningen	Groningen	X	
020-0700	Universitair Medisch Centrum St. Radboud	Nijmegen	X	
020-0900	Universitair Medisch Centrum Utrecht	Utrecht	X	
020-1300	Academisch Medisch Centrum Amsterdam	Amsterdam	X	
020-1301	VU Medisch Centrum	Amsterdam	X	
020-1400	Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	Leiden	X	
020-1700	Erasmus Universitair Medisch Centrum	Rotterdam	X	
020-2500	Academisch Ziekenhuis Maastricht	Maastricht	X	
TOTAAL ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN			X	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

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

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
010-0100	Wilhelmina Ziekenhuis	Assen		
010-0106	Refaja Ziekenhuis	Stadskanaal		
010-0108	Martini Ziekenhuis	Groningen		
010-0109	De Ommelander Ziekenhuisgroep	Delfzijl		
010-0110	Scheper-Bethesda Ziekenhuis	Hoogeveen		
010-0200	Ziekenhuis De Sionsberg	Dokkum		
010-0201	Ziekenhuis Nij Smellinghe	Drachten		
010-0203	Algemeen ziekenhuis De Tjongerschans	Heerenveen		
010-0205	Antonius Ziekenhuis	Sneek		
010-0206	Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden		
010-0301	Röpcke-Zweers Ziekenhuis	Hardenberg		
010-0303	Diaconessenhuis	Meppel		
010-0306	Isala klinieken	Zwolle		
010-0310	IJsselmeerziekenhuizen	Lelystad / Emmeloord		
010-0406	Medisch Spectrum Twente	Enschede		
010-0407	Ziekenhuisgroep Twente	Almelo / Hengelo		
010-0502	Stichting Deventer Ziekenhuizen	Deventer		
010-0505	Gelre ziekenhuizen	Apeldoorn / Zutphen		
010-0604	Slingeland Ziekenhuis	Doetinchem		
010-0609	Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Winterswijk		
010-0614	De Gelderse Vallei	Ede		
010-0616	Rijnstate	Arnhem		
010-0700	Maasziekenhuis Pantein	Boxmeer		
010-0701	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen		
010-0803	Ziekenhuis St. Jansdal	Harderwijk		
010-0807	Meander Medisch Centrum	Amersfoort / Baarn		
010-0900	Ziekenhuis Rivierenland	Tiel		
010-0906	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	Woerden		
SUBTOTAAL 1				0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

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

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
010-0911	Diakonessenhuis	Utrecht / Zeist		
010-0912	Sint Antonius Ziekenhuis	Nieuwegein		
010-1004	Flevoziekenhuis	Almere		
010-1005	Tergooiziekenhuizen	Blaricum / Hilversum		
010-1100	Medisch Centrum Alkmaar	Alkmaar		
010-1101	Gemini Ziekenhuis	Den Helder		
010-1102	Westfries Gasthuis	Hoon		
010-1208	Spaarne Ziekenhuis	Heemstede / Hoofddorp		
010-1209	Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk		
010-1210	Kennemer Gasthuis	Haarlem		
010-1300	Ziekenhuis Amstelland	Amstelveen		
010-1307	Slotervaartziekenhuis	Amsterdam		
010-1316	Waterlandziekenhuis	Purmerend		
010-1317	Zaans Medisch Centrum	Zaandam		
010-1318	BovenIJ Ziekenhuis	Amsterdam		
010-1320	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis / Prinsengracht	Amsterdam		
010-1321	Sint Lucas-Andreas Ziekenhuis	Amsterdam		
010-1322	Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis	Amsterdam		
010-1401	Diaconessenhuis	Leiden		
010-1403	Rijnland Ziekenhuis	Leiderdorp		
010-1502	Ziekenhuis Bronovo	Den Haag		
010-1508	't Lange Land Ziekenhuis	Zoetermeer		
010-1511	Reinier de Graaf Groep	Delft		
010-1515	Medisch Centrum Haaglanden	Den Haag		
010-1516	HagaZiekenhuis	Den Haag		
010-1602	Het Groene Hart Ziekenhuis	Gouda		
010-1700	Stichting Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Dirksland		
010-1705	Sint Franciscus Gasthuis	Rotterdam		
010-1707	Havenziekenhuis	Rotterdam		
010-1708	Ikazia Ziekenhuis	Rotterdam		
SUBTOTAAL 2				0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

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

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
010-1712	Ruwaard van Putten Ziekenhuis	Spijkernisse		
010-1714	IJsselland Ziekenhuis	Capelle a/d IJssel		
010-1715	Vlietland Ziekenhuis / Stichting SSVZ	Schiedam / Vlaardingen		
010-1716	Maasstad Ziekenhuis	Rotterdam		
010-1803	Rivas Beatrixziekenhuis	Gorinchem		
010-1808	Albert Schweitzer Ziekenhuis	Dordrecht		
010-1906	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	Terneuzen		
010-1907	Admiraal de Ruyter Ziekenhuis	Vlissingen		
010-2000	Lievensberg Ziekenhuis	Bergen op Zoom		
010-2006	Sint Franciscus Ziekenhuis	Roosendaal		
010-2009	Amphia Ziekenhuis	Breda / Oosterhout		
010-2101	Sint Elisabeth Ziekenhuis	Tilburg		
010-2103	TweeSteden Ziekenhuis	Tilburg / Waalwijk		
010-2211	Ziekenhuis Bernhoven	Oss / Veghel		
010-2214	Jeroen Bosch Ziekenhuis	Den Bosch		
010-2301	Catharina Ziekenhuis	Eindhoven		
010-2304	Sint Anna Ziekenhuis	Geldrop		
010-2306	Elkerliek Ziekenhuis	Helmond		
010-2307	Maxima Medisch Centrum	Veldhoven		
010-2400	Laurentius Ziekenhuis	Roermond		
010-2403	Sint Jans Gasthuis	Weert		
010-2404	Viecuri Medisch Centrum Noord Limburg	Venlo		
010-2505	Orbis Medisch Centrum	Sittard / Geleen		
010-2507	Atrium Medisch Centrum	Heerlen		
SUBTOTAAL 3				0
TOTAAL ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (subtotaal 1 t/m 3)				0

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

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
011-1700	Oogziekenhuis	Rotterdam		
011-0701	Sint Maartenskliniek	Nijmegen		
TOTAAL CATEGORALE ZIEKENHUIZEN				0

ACADEMISCHE, ALGEMENE EN CATEGORALE ZIEKENHUIZEN

	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
TOTAAL KOSTEN ALLE INSTELLINGEN		0

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

Als gevolg van de regeling risicoverevening moeten de kosten van een aantal instellingen, codes en/of zorgproducten gespecificeerd worden.

- Met ingang van 2010 geeft u voor codenummer 617 een specificatie van de kosten verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk i.v.m medisch specialistische zorg. Deze specificatie vervalt m.i.v. 2013. Er vindt dan nog wel specificatie plaats van de oude jaren.
- Met ingang van 2012 specificeert u de kosten en honoraria van de expertproducten, een specificatie van een deel van 613 t/m 616 en u specificeert de kosten van hemostatica, deel code 618. De specificatie hemostatica is in 2013 weer vervallen, in 2014 specificeert u nog wel de kosten over 2012.
- Van de long/astma-instellingen + epilepsiecentra moeten vanaf 2012 de volgende kosten gespecificeerd worden: code 614, code 617 exclusief de kosten van eerstelijnsdiagnostiek en code 618 exclusief de kosten van hemostatica. Deze specificatie is in 2013 weer vervallen, ook hier specificeert u in 2014 nog de kosten over 2012.
- Vanaf 2012 moeten de kosten van de eerstelijnsdiagnostiek, aangevraagd door alle eerstelijnszorgaanbieders, gespecificeerd worden. Dit betekent dat bij code 610 de betreffende kosten van huisartsenlaboratoria gespecificeerd moeten worden (zie de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek van de NZa alsmede het ordertarief 190255 op basis van de beleidsregel Huisartsenlaboratoria van de NZa). En bij code 611 (in 2012 code 617) de kosten van eerstelijnsdiagnostiek die worden gedeclareerd met een overig zorgproduct medisch specialistische zorg (zie NZa Tarieventabel DBC zorgproducten en overige producten' met de aanduiding 'OZP-Eerstelijns diagnostiek' en 'OZP-Eerstelijns diagnostiek-Med.specialist.behand. en diagn.'.)
- 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. Deze specificatie geldt tot 2012, vanaf 2012 ziet deze er anders uit. U specificeert van code 619 de kosten gereguleerde segment - exclusief de expertproducten, de honoraria gereguleerde segment - exclusief de expertproducten, de kosten plus honoraria vrije segment - exclusief de expertproducten, de kosten en honoraria van de expertproducten, de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten en van overige trajecten en verrichtingen – exclusief kosten van eerstelijnsdiagnostiek en tot slot de kosten eerstelijnsdiagnostiek.
- Met ingang van de jaarstaat 2013 moeten van code 612 de kosten van groeihormonen (ATC-code H01AC01, met zorgproductcodes 194407 t/m 194415 en ATC-code H01AC03, met zorgproductcode 193435) + de kosten IC worden gespecificeerd.
- Met ingang van 2014 moeten bij de hiervoor genoemde specificatie ook de kosten van fertilitiehormonen (ATC-code/zorgproductcode G03GA02/193451, G03GA09/ 193458, G03GA04/193452, G03GA05/103453 en 193454, G03GA06/103455, H01CA01/103456 en 193457 (samen) worden gespecificeerd.
- Met ingang van 2014 moeten de kosten van Paramedische behandeling en onderzoek (onderdeel overige zorgproducten, code 611) gespecificeerd worden.

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 617 - KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
Kosten verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg	X	

KOSTEN EN HONORARIA EXPERTPRODUCTEN	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
Kosten expertproducten gereguleerde segment (deel code 613)		X
Honoraria expertproducten gereguleerde segment (deel code 614)		X
Kosten expertproducten vrije segment (deel code 615)		X
Honoraria expertproducten vrije segment (deel code 616)		X

KOSTEN EERSTELIJNSDIAGNOSTIEK AANGEVRAAGD DOOR ALLE EERSTELIJNSZORGAANBIEDERS	Lasten 2013 inclusief balanspost
Kosten eerstelijnsdiagnostiek, geleverd door huisartsenlaboratoria (deel code 610)	
Kosten eerstelijnsdiagnostiek (deel code 611)	

CODE 612 - KOSTEN ADD-ON'S	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
Kosten groeihormonen (ATC-codes H01AC01 en H01AC03) + kosten IC (deel van de add-on's code 612)		X

CODE 619 - KOSTEN EN HONORARIA EXTRAMURAAL WERKENDE SPECIALISTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
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	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
Kosten DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de expertproducten		X
Honoraria DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de expertproducten		X
Kosten en honoraria DBC-zorgproducten vrije segment, exclusief de expertproducten		X
Kosten en honoraria expertproducten		X
Kosten en honoraria overige zorgproducten, exclusief kosten van eerstelijnsdiagnostiek		X
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek		X
TOTAAL code 619	0	X

2.2.4 Specificaties rubriek 09 Ziekenvervoer

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

De kosten van de overgangsregeling functioneel leeftijdsontslag (FLO) van de publieke ambulancediensten worden in de jaren 2009 t/m 2012 aangemerkt als vaste kosten en worden volledig nagecalculeerd. Om het betreffende deel van de kosten van ambulancevervoer 2011 als vaste kosten aan te kunnen merken vraagt Zorginstituut Nederland in de jaarstaat 2013 een specificatie van het bedrag dat bij code 650, kosten vervoer per ambulance/helikopter, in de 5^e kolom (kosten 2011 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.

In de jaarstaat 2014 vragen wij deze specificatie op over 2012.

Op de website van het Zorginstituut, Verzekering\Risicoverevening Zvw\Zvw

2011\Documenten vindt u een nadere toelichting en de FLO-percentages van de NZa.

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

RUBRIEK 09 ZIEKENVERVOER

CODE 650 - KOSTEN VERVOER PER AMBULANCE / HELIKOPTER			Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
Ambulancevervoer per publieke ambulancedienst	36008124	GG en GD Amsterdam	
	36008130	GGD Kennemerland sector ambulancezorg	
	36008330	Ambulancedienst Zuid-Holland Zuid	
	36008235	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Flevoland	
	36008169	Ambulancedienst GGD Den Haag	
	36008348	GGD Brabant-Noord	
	36008345	Regionale Ambulancedienst Noord-Holland Noord	
	36008347	RAV Gelderland-Zuid	
	36008346	Hulpverlening Gelderland Midden	
	36008368	RAV Zuid-Limburg	
	36008366	Hulpverleningsdienst Zuidoost-Brabant	
	36008367	RAV Midden-/West-Brabant	
	36008359	Ambulancezorg Rotterdam Rijnmond	
	36008363	RAV Hollands - Midden	
36008298	RAV Gooi en Vechtstreek		
Kosten overig ambulancevervoer en helikopter			
TOTAAL code 650			0

2.2.5 Specificaties rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

Voor de uitvoering van de risicoverevening 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.

U splitst de kosten zoals opgegeven in de eerste en de vijfde kolom van de kostenverzamelstaat bij rubriek 10.

Specificatie in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
Kosten GGZ van verzekerden jonger dan 18 jaar		
Kosten GGZ van verzekerden van 18 jaar en ouder		

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Specificaties rubriek 13 Overige kosten

2.2.6 Specificaties rubriek 13 Overige kosten

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

U specificeert hier in de jaarstaat 2013 de kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten.
 Deze specificatie vervalt met ingang van 2014. U specificeert nog wel de kosten oude jaren. In 2014 de kosten 2012, in 2015 de kosten 2013.
 LET OP: De kosten SKMS worden met ingang van 2014 verantwoord en gespecificeerd bij rubriek 16 Kwaliteitsgelden.

Specificatie in jaarstaat 2013

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten		

2.2.7 Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

Bij rubriek 15, grensoverschrijdende zorg, vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats. De afhandeling van de kosten kan via Zorginstituut Nederland lopen of via de verzekeraar. De kosten die lopen via het Zorginstituut 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 4.4.

In de specifieke informatie A wordt het onderscheid gevraagd naar kosten via Zorginstituut Nederland, 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.

In de specifieke informatie A specificeert u de bedragen die zijn opgenomen in de eerste kolom en de vijfde kolom van de kostenverzamelstaat bij rubriek 15, grensoverschrijdende zorg, die nodig zijn voor de toedeling van de kosten naar de deelbijdragen in het kader van de risicoverevening.

- Toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via Zorginstituut Nederland (exclusief tarifieringen)
 - 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 Zvw verzekerden die wonen in Nederland (exclusief de zogenoemde tarifieringen).
 - Zvw verzekerden die wonen in het buitenland.

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 Zorginstituut ontvangt. In de brief is de hiervoor genoemde driedeling van kosten opgenomen. De kostenopgave is gebaseerd op de door het Zorginstituut 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 2013 specificeert u de kosten op kasbasis over 2013 op basis van de opgave januari 2014 en de kosten op kasbasis over jaar 2011 op basis van de opgave januari 2012. 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)
 - Afhandeling van de kosten via verzekeraar: toepassing polis Zvw én tarifieringen (=toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, uitsluitend landen met tarifieringovereenkomst)

U specificeert het totaal van de kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar (die voor vergoeding in aanmerking komen) naar kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg (vergelijkbaar met rubriek 06), kosten van overige prestaties en naar kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Ook hier specificeert u de eerste en de vijfde kolom van de kostenverzamelstaat. De kosten GGZ splitst u in kosten verzekerden jonger dan 18 jaar en kosten verzekerden van 18 jaar en ouder.

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG

CODE 720 - GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG		Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via CVZ	Behandeling in het buitenland met toepassing van artikel 22, lid 1, sub c, EG-verordening 1408/71 of overeenkomstige verdragsbepaling		
	Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland		
	Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland		
Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar		0	0
TOTAAL code 720		0	0

CODE 720 - GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND, VIA VERZEKERAAR		Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2011 en ouder
Kosten ziekenhuisverpleging en specialistische zorg			
Kosten overige prestaties			
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Kosten van verzekerden jonger dan 18 jaar		
	Kosten van verzekerden 18 jaar en ouder		
TOTAAL kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar		0	0

Specifieke Informatie A
Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
Specificaties rubriek 16 Kwaliteitsgelden

2.2.8 Specificaties rubriek 16 Kwaliteitsgelden

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

Met ingang van 2013 heeft deze rubriek een nieuwe naam gekregen, Kwaliteitsgelden. U specificeert in 2013 hier de kosten Projectgelden GGZ.
In 2014 wordt deze specificatie uitgebreid met een specificatie van de kosten Ondersteuning eerstelijnszorg en de kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten.

Specificatie in jaarstaat 2013

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
RUBRIEK 16 KWALITEITSGELDEN

CODE 730 - KWALITEITSGELDEN	Lasten 2013 inclusief balanspost
Projectgelden GGZ	

2.2.9 Verzekerdenstanden

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
X	X	X	X	n.v.t.

In de specifieke informatie A in de kwartaalstaten zijn twee specificaties van het totale aantal verzekerden opgenomen. Een specificatie naar risicoklassen (geslacht en 20 leeftijdsklassen) en een specificatie naar wel en niet nominale premieplichtig.

De peildata voor de verzekerdenspecificaties zijn de data van premieprolongatie voor de maanden januari tot en met december. Dit betreft de stand op de datum waarop u de premie prolongeert voor die maanden. U hanteert dezelfde peildatum voor verzekerden voor wie u geen nominale premie prolongeert. In- en uitschrijvingen met terugwerkende kracht zijn hierin niet verwerkt. Bij de voorlopige en definitieve afrekening in het kader van de risicoverevening wordt wel rekening gehouden met de precieze inschrijfduur van verzekerden (dit gebeurt namelijk op basis van het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken). Bij de herrekening van de vereveningsbijdrage in het voorjaar maakt Zorginstituut Nederland gebruik van de verzekerdenstand over de maand maart zoals die is aangeleverd in de kwartaalstaat.

In de stand neemt u uitsluitend verzekerden op die op het moment van premieprolongatie bij u zijn ingeschreven voor de basisverzekering (inclusief kinderen) en die Zvw-verzekeringplichtig zijn (inclusief gedetineerden en wanbetalers). Ondanks het feit dat er geen *rechtstreeks formeel* verband is tussen het hebben van een BSN en het verzekeringplichtig zijn, kan het in de praktijk slechts bij zeer hoge uitzondering voorkomen dat er sprake is van verzekeringplichtigheid (ontstaat immers door ingezetenschap of verrichten van arbeid in Nederland; in beide gevallen leidt dit tot uitgifte van een BSN), en er toch geen BSN is. Wat wel zou kunnen voorkomen is dat de verzekerde al (terecht) bij u is ingeschreven maar nog niet beschikt over een BSN (bijvoorbeeld bij pasgeborenen).

De peildatum voor de leeftijd bepaling gelijk aan de peildatum voor de desbetreffende verzekerdenstand.

In de tweede specificatie neemt u de gedetineerden en de wanbetalers op in de regel 'verzekerden mét nominale premie'.

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

In verband met het vervroegen van de aanleveringen van de kwartaalstaten is onderstaand overzicht gewijzigd.

De standen per maand zijn als volgt opgenomen in de kwartaalstaten 2014:

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

In het Handboek is als voorbeeld de maand maart opgenomen.

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Verzekerdenstanden

Specificaties in de kwartaalstaten 2014 (model is maart)

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

VERZEKERDENSTAND NAAR RISICOKLASSE

Peildatum: datum van nominale premieprolongatie
 voor de maand **MAART** 2014

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 **MAART** 2014

	AANTAL
Verzekerden met nominale premie Zvw	
Verzekerden zonder nominale premie Zvw	

2.2.10 Berekende nominale rekenpremies gedetineerden

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat een gedetineerde tijdens de detentieperiode verzekerd en ingeschreven blijft, maar dat de rechten en plichten uit de zorgverzekering van rechtswege worden opgeschort. Dit geldt uiteraard alleen als de verzekeraar over de detentie is geïnformeerd. Omdat de verzekerde verzekerd en ingeschreven blijft, en dus ook opgenomen blijft in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken en in het persoonskenmerkenbestand, ontvangt de zorgverzekeraar voor de gedetineerde een vereveningsbijdrage (terwijl de zorgverzekeraar geen kosten heeft, want die vallen gedurende de detentieperiode onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie). Bij de bepaling van de opbrengst nominale rekenpremie (op basis van de verzekerden in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken) trekt Zorginstituut Nederland ook voor de gedetineerden de opbrengst nominale rekenpremie af van de bijdrage, terwijl de zorgverzekeraar gedurende de detentieperiode geen premie ontvangt. In de beleidregels 2007 en 2008 is opgenomen dat het Zorginstituut 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 Zorginstituut in de jaarstaat, specifieke informatie A, het totale bedrag op van de berekende nominale rekenpremies gedurende de detentieperiodes in het betreffende jaar. De nominale rekenpremie die u voor de berekening nodig heeft is voor 2013 €1154 per jaar.

Specificatie in jaarstaat 2013

OVERIGE SPECIFICATIES

BEREKENDE NOMINALE REKENPREMIES GEDETINEERDEN

	BEDRAG
Totaal berekende nominale rekenpremies 2013 tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder	

2.3 Informatie t.b.v. afrekeningen met het buitenland

Aanleverschema

1e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

In het kader van Verordening 574/72 moet Zorginstituut Nederland 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 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 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.

- 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: '*Niet gespecificeerde lasten*', waarin u de niet naar leeftijdsklassen gespecificeerde lasten kunt opnemen zodat de totaalstelling per rubriek overeenkomt met het totaal per rubriek in kolom 1 op de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A.

Specificaties in jaarstaat 2013

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

RUBRIEK 01 - HUISARTSENZORG	Lasten 2013 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 2013 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 2013 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 2013 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

RUBRIEK 06 - MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	Lasten 2013 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 06	0

3 Specifieke Informatie C

3.1 Specificaties van kosten en productie

3.2 Specificaties regeling wanbetalers

Specifieke Informatie C

In de Specifieke Informatie C is beleidsinformatie opgenomen, die Zorginstituut Nederland gebruikt in Zorgcijferswebsite en spiegelbank en signalerings- en monitorrapporten. 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 zijn opgenomen in het hoofdstuk 4. Definities Kosten en productie.

In onderdeel 3.2 wordt in het kader van nieuwe regeling wanbetalers een specificatie gevraagd in alleen de vier kwartaalstaten.

3.1 Specificaties van kosten en productie

- 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
- 3.1.10 11 Geriatrische revalidatiezorg
- 3.1.11 12 Kraamzorg
- 3.1.12 13 Overige kosten
- 3.1.13 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 productieaantallen. 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.

Hierop zijn enkele uitzonderingen.

Bij rubriek 06 specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten zoals die zijn opgenomen in de 6 kolommen van de kostenverzamelstaat, bij de niet DBC-zorgproducten specificeert u de kosten van de eerste vier kolommen van de kostenverzamelstaat. De specificatie van het Onderhandenwerk gaat naar openingsjaar van het DBC-zorgproduct.

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 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 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 en 665 naar instellingen en zelfstandig gevestigden
- de specificatie bij code 700 naar de verschillende prestaties.

Met ingang van de jaarstaat 2013 ziet de specificatie van rubriek 06 eruit zoals hierboven bij de kwartaalstaten beschreven. Alleen specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten niet naar zes maar naar vijf kolommen.

3.1.1 01 Huisartsenzorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	X	n.v.t.	X	X

503 Bijzondere betalingen

In de specificatie van kostencodenummer 503 'Bijzondere betalingen' specificiert u de kosten van huisartsenzorg voor:

- 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). Deze laatste, de 13xxx codes, zoals beschreven in de beleidsregel CU-7091, Verrichtingenlijst M&I. Zorgaanbieders die de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening declareren kunnen niet ook de NZa codes 13029, 13030 en 13031 declareren. U verantwoordt hier ook de prestaties diagnostiek, opgenomen in de beleidsregel Eerstelijns- diagnostiek van de Nza, uitgevoerd door huisartsen;
- 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 12404);
- Overige kosten
 - 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 niet 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 12907 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

In de specificatie van kostencodenummer 504 'Avond-, nacht- en weekenddiensten' specificiert u de kosten van avond-, nacht- en weekenddiensten van huisartsen

- die participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS) uitgesplitst naar:
 - Telefonisch consult;
 - Herhalingsrecept;
 - Consult;
 - Visite.
- die niet participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS) (NZa codes 12200 t/m 12204).

506 Consulttarieven

In de specificatie van kostencodenummer 506 'consulttarieven' specificiert u de kosten van

- 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 codes 12007 en 12115)
- in 2014 komt hier een extra regel bij voor 'Kosten groepsconsult', NZa code 12116.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 01 huisartsenzorg

Specificaties in de 2^e (model) en 4^e kwartaalstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2014
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 2014
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 2014
Kosten consult	≤ 20 minuten	
	> 20 minuten	
Kosten visite	≤ 20 minuten	
	> 20 minuten	
Kosten telefonisch consult		
Kosten e-mailconsult		
Kosten groepsconsult		
TOTAAL code 506		0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 01 huisartsenzorg

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Module praktijkondersteuning huisartsen 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 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
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 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Kosten consult	≤ 20 minuten		
	> 20 minuten		
Kosten visite	≤ 20 minuten		
	> 20 minuten		
Kosten telefonisch consult			
Kosten e-mailconsult			
TOTAAL code 506		0	0

3.1.2 02 Farmaceutische zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

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. Dit is inclusief de eventueel vergoede aanvullende prestaties en inclusief eventuele marge (in geval van buiten WMG-middelen).

Als gevolg van de nieuwe prestatiebeschrijving farmaceutische zorg 2012 komt hier met ingang van de jaarstaat 2012 nog een regel bij, nl 'kosten niet gerelateerd aan de ter handstelling'. Hierin specificeert u de prestaties beschreven in art. 6 t/m 9 van de prestatiebeschrijving. De art. 10 t/m 15 zijn geen prestaties zvw.

520 Aantal uitgiftes

Met ingang van 2014 spreken we niet meer over 'voorschriften', we vervangen dit door 'uitgiftes'.

In deze tabel specificeert u het aantal uitgiftes (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties) uitgesplitst per afleveraar. De declaraties voor kosten niet gerelateerd aan de ter handstelling telt u hier niet mee.

- Aantal uitgiftes via apothekers
- Aantal uitgiftes via apotheekhoudende huisartsen
- Aantal uitgiftes via eigen instellingen
- Aantal uitgiftes via overige afleveraars.

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 02 FARMACEUTISCHE ZORG

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Apothekers	Kosten geneesmiddel		
	Kosten aflevering		
	Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties		
Apotheekhoudende huisartsen	Kosten geneesmiddel		
	Kosten aflevering		
	Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties		
Ziekenhuisapotheken	Kosten geneesmiddel		
	Kosten aflevering		
	Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties		
Eigen instellingen	Kosten geneesmiddel		
	Kosten aflevering		
	Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties		
Overige afleveraars	Kosten geneesmiddel		
	Kosten aflevering		
	Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties		
TOTAAL code 520		0	0

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG - vervolg		Aantal voorschriften mbt 2013	Aantal voorschriften mbt 2012
Apothekers			
Apotheekhoudende huisartsen			
Ziekenhuisapotheken			
Eigen instellingen			
Overige afleveraars			
TOTAAL voorschriften		0	0

3.1.3 04 Mondzorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	X	n.v.t.	X	X

560.1 Kosten en aantallen mondzorg voor volwassen verzekerden

In de specificatie van kostencodenummer 560.1 specificieert u kosten en aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties).

Röntgendiagnostiek

Röntgendiagnostiek voor verzekerden van 18 jaar en ouder is slechts een te verzekeren prestatie indien de röntgendiagnostiek plaatsvindt in het kader van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (hulp door kaakchirurg) (artikel 2.7. lid 5, sub a van het Besluit zorgverzekering). U specificieert hier dus alleen die kosten voor röntgendiagnostiek die samenhangen met kaakchirurgische hulp.

Bijzondere tandheelkundige hulp

U specificieert de diverse onderdelen (art. 2.7, lid 1, sub a, b en c en lid 3), voor zover van toepassing, **inclusief** techniek/laboratoriumkosten.

2014 en 2013

U specificieert de kosten als volgt:

- Röntgendiagnostiek;
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a), onderverdeeld naar Implantaten en Overig. Voor kosten Implantaten telt u alle J-codes (inclusief techniek/laboratoriumkosten);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1 sub b en sub c);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie.

Bij Aantallen specificieert u alleen het aantal J20 codes.

2012

U specificieert u de kosten als volgt:

- Röntgendiagnostiek (A311, A321, A324, A327);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a), onderverdeeld naar Implantaten en Overig;
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1 sub b en sub c);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie.

Van de aantallen specificieert u alleen de aantallen implantaten, P111.

560.2 Kosten en aantallen mondzorg voor jeugdige verzekerden

Jeugdige verzekerden zijn verzekerden t/m 17 jaar.

U specificeert u de kosten voor zover van toepassing, inclusief techniek/laboratoriumkosten.

2014 en 2013

U specificeert de kosten code 560.2, voor zover deze zijn aan te merken als te verzekeren zorg in het kader van de Zvw, volgens de tariefgroepen als volgt:

- Consultatie en diagnostiek (C);
- Maken en beoordelen foto's (X);
- Preventieve mondzorg (M) (M05 en M61 vallen niet onder de te verzekeren zorg);
- Verdoving (A + B);
- Vullingen (V);
- Wortelkanaalbehandelingen (E);
- Kronen en bruggen (R);
- Kaakgewrichtbehandelingen (G);
- Chirurgische ingrepen (H);
- Uitneembare prothetische voorzieningen (P);
- Tandvlesbehandelingen (T);
- Implantaten (J);
- Abonnementstarieven (Z) (De U codes zijn bijzondere tandheelkunde);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a, b en c);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie.

Van de aantallen specificeert u:

- Aantal Periodieke controle (C11);
- Aantal Preventieve voorlichting en/of instructie (M01);
- Aantal Consult voor evaluatie van preventie (M02).

2012

U specificeert u de kosten van code 560.2 als volgt:

- A - Consultatie en diagnostiek;
- C - Preventieve mondzorg;
- E - Vullingen, kronen en bruggen;
- G - Kunstgebitten;
- J - Chirurgie;
- L - Wortelkanaalbehandelingen;
- N - Tandvlesbehandelingen;
- P - Implantaten;
- S - Kaakgewrichtbehandelingen;
- W - Nazorg;
- X - Diversen;
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3) Orthodontie.

Van de aantallen specificeert u alleen:

- Aantal A111, Periodieke controle;
- Aantal C112, Preventieve voorlichting en/of instructie standaard;
- Aantal C114, Preventieve voorlichting en/of instructie uitgebreid;
- Aantal C124, Consult voor evaluatie van preventie;
- Aantal C611, Beslijpen en/of fluorideren melkelement;
- Aantal E111 + E112 + E113 + E114, Vullingen
- Aantal J311, Trekken tand of kies, + J315, Moeizaam trekken tand of kies.

561 Kosten en aantallen gebitsprothesen

In de specificatie van kostencodenummer 561 specificiert u kosten en aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties). De kosten (inclusief techniek/laboratoriumkosten) specificiert u enerzijds naar volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak (immediaatprothese, overkappingprothese en vervangingsprothese) en anderzijds naar rebasings en reparaties. De aantallen volledige gebitsprothesen specificiert u naar aantal volledige gebitsprothesen boven en onder en aantal volledige gebitsprothesen boven of onder (tellen per kaak).

U verantwoordt hier alleen de kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder. Gebitsprothesen van jeugdigen t/m 17 jaar verantwoordt u bij code 560.2.

2014 en 2013

De kosten specificiert u naar:

- Volledige gebitsprothesen;
- Rebasingen en reparaties.

De aantallen specificiert u naar:

- Aantal onder **en** boven, P30;
- Aantal onder **of** boven, P21 en P25.

In 2012 zijn de gebruikte codes afwijkend t.o.v. de andere jaren.

De kosten specificiert u naar:

- Volledige gebitsprothesen, G111 + G112 + G113 + G921;
- Rebasingen en reparaties, G711 + G811 + G815 + G911.

De aantallen specificiert u naar:

- Aantal onder **en** boven, G111;
- Aantal onder **of** boven, G112 + G113.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 04 Mondzorg

Specificaties in de 2^e (model) en 4^e kwartaalstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 04 MONDZORG

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2014
X Maken en beoordelen foto's (Röntgendiagnostiek)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten *)	
	Overig	
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, b en c)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie		
TOTAAL code 560.1		0

*) inclusief suprastructuren en prothesen

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN - vervolg		AANTAL tot en met 2e kwartaal 2014
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten	

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2014
C Consultatie en diagnostiek		
X Maken en beoordelen foto's		
M Preventieve mondzorg		
A+B Verdoving		
V Vullingen		
E Wortelkanaalbehandelingen		
R Kronen en bruggen		
G Kaakgewrichtbehandelingen		
H Chirurgische ingrepen		
P Uitneembare prothetische voorzieningen		
T Tandvleesbehandelingen		
J Implantaten		
Z Abbonementstarieven		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a,b en c)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie		
TOTAAL code 560.2		0

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN - vervolg		AANTAL tot en met 2e kwartaal 2014
C Consultatie en diagnostiek (C11, Periodieke controle)		
M Preventieve mondzorg (M01, Preventieve voorlichting en/of instructie)		
M Preventieve mondzorg (M02, Consult voor evaluatie van preventie)		

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2014
Volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak		
Rebasings en reparaties		
TOTAAL code 561		0

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN - vervolg		AANTAL tot en met 2e kwartaal 2014
Volledige gebitsprothesen	onder en boven	
	onder of boven (tellen per kaak)	

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 04 MONDZORG

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
X Maken en beoordelen foto's (Röntgendiagnostiek)			
A Consultatie en Diagnostiek (alleen code A311, A321, A324 en A327)			
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten *)		
	Overig		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c)			
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie			
TOTAAL code 560.1		0	0

*) inclusief suprastructuren en prothesen

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN		Aantal mbt 2013	Aantal mbt 2012
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten		

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
C	Consultatie en diagnostiek	
X	Maken en beoordelen foto's	
M	Preventieve mondzorg	
A+B	Verdooving	
V	Vullingen	
E	Wortelkanaalbehandelingen	
R	Kronen en bruggen	
G	Kaakgewrichtbehandelingen	
H	Chirurgische ingrepen	
P	Uitneembare prothetische voorzieningen	
T	Tandvleesbehandelingen	
J	Implantaten	
Z	Abonnementstarieven	
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a, b en c)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie		
TOTAAL code 560.2		0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 04 Mondzorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 04 MONDZORG - vervolg

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
A Consultatie en diagnostiek	
C Preventieve mondzorg	
E Vullingen, kronen en bruggen	
G Kunstgebitten	
J Chirurgie	
L Wortelkanaalbehandelingen	
N Tandvleesbehandelingen	
P Implantaten	
S Kaakgewrichtbehandelingen	
W Nazorg	
X Diversen	
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c)	
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3) Orthodontie	
TOTAAL code 560.2	0

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN	Aantal mbt 2013
C Consultatie en diagnostiek (C11, periodieke controle)	
M Preventieve mondzorg (M01, Preventieve voorlichting en/of instructie)	
M Preventieve mondzorg (M02, Consult voor evaluatie van preventie)	

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN	Aantal mbt 2012
A Consultatie en diagnostiek (A111, Periodieke controle)	
C Preventieve mondzorg (C112, Preventieve voorlichting en/of instructie standaard)	
C Preventieve mondzorg (C114, Preventieve voorlichting en/of instructie uitgebreid)	
C Preventieve mondzorg (C124, Consult voor evaluatie van preventie)	
C Preventieve mondzorg (C611, Beslijpen en of fluorideren melkelement)	
E Vullingen, kronen en bruggen (E111, E112, E113 en E114, Vullingen)	
J Chirurgie (J311, trekken tand of kies, +J315, Moeizaam trekken tand of kies)	

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak		
Rebasings en reparaties		
TOTAAL code 561	0	0

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN	Aantal mbt 2013	Aantal mbt 2012
Volledige gebitsprothesen	onder <u>en</u> boven	
	onder <u>of</u> boven (tellen per kaak)	

3.1.4 05 Verloskundige zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

580 Aantal verlossingen door verloskundigen

In de specificatie specificiert u het aantal volledige verlossingen door verloskundigen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties). U telt de aantallen in hetzelfde jaar als waar de kosten aan toegerekend worden, het jaar waarin het eerste contact plaatsvindt.

581 Aantal verlossingen door huisartsen

In de specificatie specificiert u het aantal volledige verlossingen door huisartsen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties). U telt de aantallen in hetzelfde jaar als waar de kosten aan toegerekend worden, het jaar waarin het eerste contact plaatsvindt.

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
RUBRIEK 05 VERLOSKUNDIGE ZORG

SPECIFICATIE AANTALLEN VERLOSSINGEN	Aantal mbt 2013	Aantal mbt 2012
Volledige verlossingen door verloskundigen (code 580)		
Volledige verlossingen door huisartsen (code 581)		

3.1.5 06 Medisch specialistische zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

545 Kosten en aantallen Specialisten voor mondziekten en kaakchirurgen

In de specificatie van kostencodenummer 545 specificeert u kosten (=honoraria) en aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties). Naast de honoraria kaakchirurgie verantwoordt u bij enkele verrichtingencodes ook de techniekkosten.

Implantaten

(ten laste van Zvw komen uitsluitend implantaten in het kader van artikel 2.7 lid 1, sub a van het Besluit zorgverzekering)

- Kosten: de honoraria kaakchirurgie behorend bij de verrichtingencodes 238029, 238060, 238061 en 238063.
- Aantal: 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

- 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: u telt het aantal verzekerden dat van één of meer van de genoemde behandelingen gebruik heeft gemaakt. Elke verzekerde telt éénmaal per verslagjaar mee.

Overige activiteiten

- Bij 'overige activiteiten' neemt u de overige (nog niet hiervoor gespecificeerde) kosten van kostencodenummer code 545 op: de honoraria kaakchirurgie in de tarieven volgens de tarieflijst 'kaakchirurgische hulp'.

Met ingang van jaarstaat 2013 worden de kosten van paradontale chirurgie, extractie onder narcose en osteotomie niet meer apart gespecificeerd. U telt deze kosten onder overige prestaties/activiteiten. Ook bij de aantallen hoeft dit niet meer gespecificeerd te worden. U geeft daar alleen de aantallen implantaten en dan alleen de code 238060.

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	X	X	X	X

545 Kosten Specialisten voor mondziekten en kaakchirurgen in Academische Zkh

In deze specificatie specificeert u het deel van de kosten bij codenummer 545 dat is gemaakt in Academische ziekenhuizen.

610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg

U specificeert de kosten naar 'Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria (A255, A801 en hoofdgroep B uit de Tarieflijst instellingen 2012)' en 'Overige prestaties' (trombosediensten, SKION en NTS). Met ingang van de kwartaalstaten 2013 gaat de specificatie in de specifieke informatie C over T en T-1. In 2013 is de definitie van kosten huisartsenlaboratoria: de door hen geleverde prestaties die zijn opgenomen in bijlage 1 bij de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek van de NZa alsmede het ordertarief 190255 op basis van de beleidsregel Huisartsenlaboratoria. Met ingang van 2014 wordt de regel 'overige prestaties' gesplitst in 'Trombosediensten' en 'Skion en NTS'.

611 Overige zorgproducten

Dit is een nieuwe code, overige zorgproducten, met ingang van 2013. Hiermee vervallen de codes 617 en 618.

Let op: Niet alle overige zorgproducten (volgens de 'Tarieventabel DBC zorgproducten en overige zorgproducten 2013' van de Nza) verantwoordt u bij code 611. Zie H4 definities 611.

- In de eerste specificatie specificeert u de kosten van overige zorgproducten van code 611 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en overige zorgaanbieders. Bij deze overige zorgaanbieders horen DBC gefinancierde instellingen zoals centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra, maar ook productiesamenwerkingsverbanden en AWBZ-instellingen die Zvw-prestaties leveren. Ook zzp-ers die MSVT leveren moeten hier worden ook ingedeeld.
- In de tweede specificatie specificeert u de kosten van de overige zorgproducten 611 naar Kosten en Honoraria.
- Met ingang van de jaarstaat 2013 specificeert u hier in alleen de jaarstaat ook de kosten van poliklinische bevallingen (t/m 2012 code 617) en de kosten van gezonde moeder en gezonde zuigeling (t/m 2012 code 618).

612 Kosten van Add-on's

In deze tabel specificeert u de kosten van de add-on's dure en weesgeneesmiddelen en de kosten van IC naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders (o.a. centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra). Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijst ik u naar hoofdstuk 4.5.

613 t/m 616 Kosten en aantallen DBC-zorgproducten naar categorie instelling

- Met ingang van 2013 specificeert u de kosten/honoraria van DBC-zorgproducten 613 t/m 616 naar categorie instelling: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders (centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra,

radiotherapeutische centra en audiologische centra).

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.5.

- Alleen in de jaarstaat specificereert u het aantal (m.b.t 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, revalidatie-instellingen en de long/astma-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 verwijs ik u naar hoofdstuk 4.5.

617 Kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten

- In de jaarstaat 2013 specificereert u de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten per specialisme en per categorie instellingen voor het jaar 2012. Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.5.
- Ook in de jaarstaat 2013 specificereert u de kosten en honoraria 2012 van enkele tarieven uit de tarieflijst 'ondersteunende en overige producten' van de Nza.
 - Poliklinische bevalling zonder medische indicatie
 - Poliklinische bevalling op medische indicatie
 - Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie.

618 Kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen

- In de jaarstaat 2013 specificereert u de kosten en honoraria 2012 van overige trajecten en verrichtingen per categorie instellingen. Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.5.
- In de **tweede tabel** (alleen in de jaarstaat) specificereert u de kosten en honoraria 2012 van enkele tarieven uit de tarieflijst 'overige trajecten en verrichtingen' van de Nza.
 - Gezonde moeder
 - Gezonde zuigeling
 - Stollingsfactoren hemofilie en aanverwante hemostaticaziekten.

617 en 618 naar kosten en honoraria naar categorie instelling

Beide codes vervallen in 2013. Hiervoor in de plaats komt de code 611. In beide specificaties van 611 ontbreekt uiteraard het jaar 2012. Wij vragen hier om de kosten 617 en 618 over 2012 in de jaarstaat 2013 te specificeren naar kosten en honoraria en naar categorie instelling.

Specificaties in de 2^e (model), 3^e en 4^e kwartaalstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 545 - HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2014	Kosten balanspost 2014
Academische ziekenhuizen		

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2014 t/m 2e kwartaal		Lasten 2013	
	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria				
Overige prestaties				
Trombosediensten				
SKION en NTS				
TOTAAL code 610	0	0	0	0

NAAR INSTELLING	Lasten 2014 t/m 2e kwartaal		Lasten 2013	
	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013
Overige zorgproducten	611			
Academische ziekenhuizen				
Algemene ziekenhuizen				
Zelfstandige behandelcentra				
Overige zorgaanbieders				
TOTAAL code 611	0	0	0	0

NAAR KOSTEN EN HONORARIA	Lasten 2014 t/m 2e kwartaal		Lasten 2013	
	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013
Overige zorgproducten	611			
Kosten				
Honoraria				
TOTAAL code 611	0	0	0	0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

CODE 612 - KOSTEN ADD-ON'S NAAR INSTELLING		Lasten 2014 t/m 2e kwartaal		Lasten 2013	
		Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013
Geneesmiddelen	Academ. ziekenhuizen				
	Algemene ziekenhuizen				
	Zelfst. behandelcentra				
	Overige zorgaanbieders				
IC	Academ. ziekenhuizen				
	Algemene ziekenhuizen				
	Zelfst. behandelcentra				
	Overige zorgaanbieders				
TOTAAL code 612		0	0	0	0

DBC-ZORGPRODUCTEN NAAR INSTELLING	CVZ-code	Lasten 2014 t/m 2e kwartaal		Lasten 2013		Lasten 2012 en ouder	
		Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Lasten 2012 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment 613							
	Academische ziekenhuizen						
	Algemene ziekenhuizen						
	Zelfstandige behandelcentra						
	Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 613		0	0	0	0	0	0
Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment 614							
	Academische ziekenhuizen						
	Algemene ziekenhuizen						
	Zelfstandige behandelcentra						
	Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 614		0	0	0	0	0	0
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment 615							
	Academische ziekenhuizen						
	Algemene ziekenhuizen						
	Zelfstandige behandelcentra						
	Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 615		0	0	0	0	0	0
Honoraria DBC-zorgproduct vrije segment 616							
	Academische ziekenhuizen						
	Algemene ziekenhuizen						
	Zelfstandige behandelcentra						
	Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 616		0	0	0	0	0	0

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 545 - HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Implantaten		
Overige prestaties		
Parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteomie	XXXXXX	
TOTAAL code 545	0	0

CODE 545 - HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Aantal mbt 2013	Aantal mbt 2012
Implantaten		
Parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteomie	XXXXXX	

CODE 545 - HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Academische ziekenhuizen		

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2013		Lasten 2012	
	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Lasten 2012 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijns-zorg aanbieders, geleverd door huisartsenlaboratoria				
Overige prestaties				
TOTAAL code 610	0	0	0	0

NAAR INSTELLINGEN	CVZ-code	Lasten 2013		Lasten 2012	
		Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Lasten 2012 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Overige zorgproducten	611				
Academische ziekenhuizen				XXXXXX	XXXXXX
Algemene ziekenhuizen				XXXXXX	XXXXXX
Zelfstandige behandelcentra				XXXXXX	XXXXXX
Overige instellingen				XXXXXX	XXXXXX
TOTAAL code 611		0	0	XXXXXX	XXXXXX

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

NAAR KOSTEN EN HONORARIA CVZ-code	Lasten 2013		Lasten 2012	
	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Lasten 2012 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Overige zorgproducten 611				
Kosten				
Honoraria				
TOTAAL code 611	0	0		

CODE 611 - OVERIGE ZORGPRODUCTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Poliklinische bevalling zonder medische indicatie		
Poliklinische bevalling op medische indicatie		
Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie		
Gezonde moeder		
Gezonde zuigeling		

CODE 612 - KOSTEN ADD-ON'S		Lasten 2013		Lasten 2012	
		Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Lasten 2012 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Geneesmiddelen	Academische ziekenhuizen				
	Algemene ziekenhuizen				
	Zelfstandige behandelcentra				
	Overige instellingen				
IC	Academische ziekenhuizen				
	Algemene ziekenhuizen				
	Zelfstandige behandelcentra				
	Overige instellingen				
TOTAAL code 612		0	0	0	0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

DBC-zorgproducten NAAR INSTELLING CVZ-code	Lasten 2013		Lasten 2012		Lasten 2011 en ouder
	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Lasten 2012 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2011 en ouder
Kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment 613					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige instellingen					
TOTAAL code 613	0	0	0	0	0
Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment 614					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige instellingen					
TOTAAL code 614	0	0	0	0	0
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment 615					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige instellingen					
TOTAAL code 615	0	0	0	0	0
Honoraria DBC-zorgproduct vrije segment 616					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige instellingen					
TOTAAL code 616	0	0	0	0	0

AANTALLEN DBC-ZORGPRODUCT (GEREGULEERDE- & VRIJE SEGMENT)		Aantal mbt 2013	Aantal mbt 2012
DBC-zorgproduct gereguleerde segment	Academische ziekenhuizen		
	Algemene ziekenhuizen		
	Zelfstandige behandelcentra		
	Overige instellingen		
DBC-zorgproduct vrije segment	Academische ziekenhuizen		
	Algemene ziekenhuizen		
	Zelfstandige behandelcentra		
	Overige instellingen		
TOTAAL		0	0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

CODE 617 - KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN - vervolg	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
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 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Gezonde moeder		
Gezonde zuigeling		

NAAR INSTELLING	CVZ-code	Lasten 2013		Lasten 2012	
		Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Lasten 2012 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten	617				
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige instellingen					
TOTAAL code 617				0	0
Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen	618				
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige instellingen					
TOTAAL code 618				0	0

NAAR KOSTEN EN HONORARIA	CVZ-code	Lasten 2013		Lasten 2012	
		Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Lasten 2012 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten	617				
Kosten					
Honoraria					
TOTAAL code 617				0	0
Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen	618				
Kosten					
Honoraria					
TOTAAL code 618				0	0

Aanleverschema

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

OHW Onderhanden werk

Onderhanden werk is het totaal van geleverde zorg met betrekking tot DBC-zorgproducten van nog niet gesloten DBC-zorgproducten.

Op de peildatum, 31 maart - 30 juni - 30 september - 31 december, leveren zorgaanbieders hun onderhanden werk aan de zgn. OHW-grouper. OHW zijn alle zorgactiviteiten in het kader van voor de peildatum geopende, maar op de peildatum nog niet gesloten DBC-zorgproducten. Na de bewerking door de OHW-grouper leveren de zorgaanbieders hun OHW vier weken na de peildatum aan bij de zorgverzekeraars. Het OHW van de instellingen is dus een onderdeel van de balanspost van de zorgverzekeraar. In deze specificatie leveren de zorgverzekeraars het OHW van de zorgaanbieders aan. Het OHW wordt uitgevraagd voor de (te verwachten) kosten van DBC-zorgproducten, de codes 613, 614, 615 en 616, gespecificeerd naar categorie instelling. Deze specificatie wordt in de vier kwartaalstaten uitgevraagd, niet in de jaarstaat. De kwartaalstaat bestaat uit twee kolommen. De eerste kolom voor de nog niet gesloten DBC-zorgproducten die geopend zijn in jaar X-1. De tweede kolom voor de nog niet gesloten DBC-zorgproducten die geopend zijn in jaar X.

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ONDERHANDENWERK NAAR INSTELLING	CVZ- code	OHW op peildatum 31-03-2014	
		Openingsjaar DBC 2014	Openingsjaar DBC 2013
Kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613		
Academische ziekenhuizen			
Algemene ziekenhuizen			
Zelfstandige behandelcentra			
Overige zorgaanbieders			
TOTAAL code 613		0	0
Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment	614		
Academische ziekenhuizen			
Algemene ziekenhuizen			
Zelfstandige behandelcentra			
Overige zorgaanbieders			
TOTAAL code 614		0	0
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615		
Academische ziekenhuizen			
Algemene ziekenhuizen			
Zelfstandige behandelcentra			
Overige zorgaanbieders			
TOTAAL code 615		0	0
Honoraria DBC-zorgproduct vrije segment	616		
Academische ziekenhuizen			
Algemene ziekenhuizen			
Zelfstandige behandelcentra			
Overige zorgaanbieders			
TOTAAL code 616		0	0

3.1.6 07 Paramedische zorg

Aanleverschema

1e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

620 Kosten en aantallen fysiotherapie per soort zitting/behandeling

NB: het betreft uitsluitend kosten van fysiotherapie die ten laste van de Zvw komen.

In de eerste specificatie van kostencodenummer 620 specificieert u de kosten en aantallen per soort zitting/behandeling (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties).

Voor de kosten geldt

- bij zittingen neemt u de kosten op van zittingen (prestaties a. t/m e. en g en h. volgens de prestatiebeschrijvingbeschikking 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 – 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 prestatiebeschrijvingbeschikking 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 4.4.).

Voor de aantallen geldt (**Let op** de gewijzigde definities)

- zittingen: de aantallen behorend bij a. t/m e. en g. en h.
- groepsbehandeling: per groepsbehandeling (o. t/m r.) per patiënt is 1 zitting.

Andere prestaties vraagt het Zorginstituut bij de aantallen niet op.

620 Kosten en aantallen wel/niet chronische lijst

In de tweede specificatie specificieert u de kosten en aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties) van

- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst uitgesplitst naar:
 - Verzekerden van 0 tot en met 17 jaar;
 - Verzekerden van 18 jaar en ouder (vanaf de 20^e behandeling);
- Zittingen bij aandoeningen **niet** op de chronische lijst (dus verzekerden t/m 17 jaar) en de maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie.

Voor de kosten geldt:

- 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 4.4.).

Voor de aantallen geldt (**Let op** de gewijzigde definities):

- Hier gelden dezelfde definities als bij de eerdere specificatie naar aantallen. Hier telt u het aantal zittingen en groepsbehandelingen bij elkaar op en specificieert dit totale aantal naar behorend bij chronische lijst (18- en 18+) en niet-chronische lijst.

621 Aantal zittingen Oefentherapie Mensendieck/Cesar

(m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties)

- Ook voor oefentherapie Mensendieck/Cesar geldt dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen aandoeningen van de chronische lijst én vanaf de 20^e behandeling verzekerde zorg is.
- In deze tabel specificeert u het aantal (groep)zittingen oefentherapie Mensendieck en oefentherapie Cesar tezamen (het betreft prestatie a, b en h. t/m k. volgens de prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa; prestatie c. psychosomatische oefentherapie en prestatie d. telefonische zitting telt u niet mee omdat dit geen prestaties Zvw zijn).
- 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

(m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties)

In deze tabel specificeert u tezamen: het aantal behandelingen bij individueel verleende zorg, het aantal behandelingen (**Let op:** ook hier groepsbehandelingen per patiënt) bij groepsbehandeling en het aantal onderzoeken bij onderzoek.

624 Aantal uren Ergotherapie

(m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties)

In deze tabel specificeert u het **aantal uren** (niet in kwartieren!) ergotherapie voor kostencodenummer 624 'kosten van ergotherapie'.

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 07 PARAMEDISCHE ZORG

CODE 620 - FYSIOTHERAPIE		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
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 2013	Aantal mbt 2012
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 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
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 2013	Aantal mbt 2012
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			

CODE 621 - OEFENTHERAPIE MENSENDEIECK/CESAR		Aantal mbt 2013	Aantal mbt 2012
Zittingen			

CODE 623 - LOGOPEDIE		Aantal mbt 2013	Aantal mbt 2012
Behandelingen			

CODE 624 - ERGOTHERAPIE		Aantal mbt 2013	Aantal mbt 2012
Uren			

3.1.7 08 Hulpmiddelenzorg – regeling 2013

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

640 Kosten eigendom/buikleen per categorie hulpmiddelen

Onderstaande indeling en toelichting gelden met ingang van 2013. In de gegevensuitvraag wordt m.i.v. dit jaar geen onderscheid meer gemaakt in hulpmiddelen in eigendom en hulp - middelen in buikleen. Bij alle categorieën worden ter verduidelijking de monitorcodes (versie 2013) gegeven. De specificatie in de jaarstaat wordt echter op categorieniveau gevraagd. Hierbij worden de categorieën 2, 4, 5, 6 en 17 nog onderverdeeld in A. en B. T.o.v. 2012 zijn de volgende categorieën gewijzigd: 2, 4, 5, 17 en 30. De categorieën 8, 25, 33 en 34 zijn vervallen, er vindt hier nog wel specificatie 2012 plaats. Categorie 2 is uitgebreid; deels met hulpmiddelen die uit een andere categorie komen (nl 8, 17, 30, 33 en 34) en deels met hulpmiddelen die overkomen uit de AWBZ-uitleen. Categorie 4 wordt uitgebreid met brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot 18 jaar. Bij categorie 5 worden hulpmiddelen uit 17, 25 en 33 toegevoegd. Een aantal hulpmiddelen uit categorie 17 is verplaatst naar 2 en 5. Categorie 30 is uitgebreid met hulpmiddelen die overkomen van de AWBZ-uitleen, een klein aantal hulpmiddelen is verplaatst naar categorie 2.

Toelichting per categorie

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 hulpen 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 (zoals stemprothesen en spraakversterkers). Haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het hoofdhaar.

Monitorcodes

- J0100 Armprothesen
- J0200 Beenprothesen
- J0300 Overige prothesen
- J0400 Pruiken

02 Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem

Deze aanspraak bevat een groot scala aan voorzieningen en is te splitsen in twee delen.

A.

Hulpmiddelen ter correctie van de gestoorde functies van het bewegingssysteem.

B.

Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het:

- 1 lopen;
- 2 Gebruiken van hand en arm;
- 3 veranderen en handhaven lichaamshouding;
- 4 zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;
- 5 gebruik van communicatieapparatuur.

Onder A. vallen onder meer korsetten en halskragen, orthopedische beugelapparatuur, braces, de orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen.

Onder B.1 vallen onder andere rolstoelen, drempelhulpen, loopwagens, trippelstoelen.

Onder B.2 vallen onder andere robotmanipulators, armondersteuning, raptors,

eetapparaten, bladomslagapparatuur, omgevingsbediening, voorleesapparatuur en ADL-honden.

Onder B.3 vallen onder andere transferhulpmiddelen (zoals patiëntenliften), (dynamische) lig-, sta- en zitorthesen (met inbegrip van anti-decubituszitkussens) en aan functiebeperkingen aangepaste stoelen en tafels.

Onder B.4 vallen onder andere losse toiletverhogers, douche- en toiletstoelen.

Onder B.5 vallen onder andere speciale toetsenborden en speciale apparatuur voor bediening van computers.

Eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen en hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken zijn uitgesloten van vergoeding (vanaf 1 januari 2013), evenals aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij aanpassing uitsluitend een sta-op-systeem betreft.

Ingeval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor beperkte of onzekere duur.

Monitorcodes

A.

C0500 Orthesen

C1000 Orthopedisch schoeisel

B.1

L1000 Loopfietsen en stoelen voorzien van trippelfunctie

L1500 Rolstoelen

L2000 Overige hulpmiddelen voor mobiliteit

B.2

R1000 Robotmanipulator

R0500 Overige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het gebruiken van hand en arm

B.3

G0500 Hulpmiddelen bij het veranderen en handhaven lichaamshouding

B.4

G2000 Hulpmiddelen voor wassen en zorgdragen toiletgang

B.5

K0500 Hulpmiddelen i.v.m. beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur

03 Schoenvoorzieningen

Allergeenvrije- en verbandschoenen.

Monitorcode

C1100 Schoenvoorziening, niet zijnde orthopedisch schoeisel

04 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie

A.

- Gezichtshulpmiddelen (hulpmiddelen die de stoornis corrigeren): contactlenzen, scleralenzen met visuscorrectie, bandagelenzen met visuscorrigerende werking, ptosisbrillen en kappenbrillen. M.i.v. 1 januari 2013 brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot 18 jaar, bij bepaalde indicaties.
- Bijzondere optische hulpmiddelen; o.a. telescoopbrillen en verrekijkerloepen.

B.

- Hulpmiddelen voor communicatie en informatie bij visuele beperkingen (hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur): in- en uitvoerapparatuur voor computers, grootlettersoftware, spraaksoftware voor mobiele telefoons, beeldschermloepen, memorecorders, voorleesapparatuur van Daisy-lectuur en Tv-ondertiteling.
- Hulpmiddelen voor de oriëntatie en mobiliteit (hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie): blindentaststokken en

blindengeleidehonden (inclusief gebruikskosten).

Monitorcodes

A

E0500 Gezichtshulpmiddelen

E1100 Bijzondere optische hulpmiddelen

B

E1500 Hulpmiddelen voor communicatie en informatie bij visuele beperkingen

E2000 Hulpmiddelen voor de oriëntatie en mobiliteit bij visuele beperkingen

E2500 Overige hulpmiddelen voor de visuele functie

05 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Deze aanspraak bevat een groot scala aan voorzieningen en is te spitsen in twee delen.

A.

Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie

Zoals hoortoestellen, maskeerders voor ernstig oorsuizen, oorstukjes.

B.

Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur

Zoals ringleidingen, infraroodapparatuur, FM apparatuur voor geluidsoverdracht, solo-apparatuur, wek- en waarschuwingsapparatuur, eenvoudige luisterhulpen, signaalhonden en communicatiehulpmiddelen voor auditief gehandicapten, zoals teksttelefoons, beeldtelefoons of speciale software om te kunnen teksttelefoneren.

Monitorcodes

A.

D0500 Hoortoestellen

B.

D1000 Overige hoorhulpmiddelen

D3000 Hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering bij auditieve beperkingen

06 Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming

A.

Verbandmiddelen, inclusief bandagelenzen zonder visuscorrectie.

B.

Kappen ter bescherming van de schedel.

Monitorcodes

A.

A2100 Verbandmiddelen

B.

A2200 Kappen ter bescherming van de schedel

07 Hulpmiddelenzorg voor anticonceptionele doeleinden

Pessaria en koperhoudende spiraaltjes (voor verzekerden tot 21 jaar)

Monitorcode

V0500 Pessaria/anticonceptie

10 Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren, exclusief bij diabetes

Monitorcode

01500 Injectiespuiten/penen met toebehoren

11 Transportondersteuners van bloed en lymfe

- Elastische kousen
- Aan- en/of uittrekhulp
- Overige (lymfepressapparatuur)

Monitorcodes

H0500 Therapeutische elastische kousen
H1000 Aan en uittrekhulp
H1500 Overige hulpmiddelen ter ondersteuning bloed en lymfe (o.a. lymfepress-apparaat)

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
F3000 Injectiespuiten/pennen

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.

Monitorcodes

I0500 Apparatuur voor positieve uitademingsdruk
I1000 Zuurstofapparaten en toebehoren
I2000 Longvibrator
I2500 Vernevelaar met toebehoren
I1500 CPAP apparatuur
I3000 Slijmuitzuigapparatuur
I3500 Tracheacanule en stomabeschermers voor gelaryngectomeerden
I4000 MRA-apparatuur.
I4500 Voorzetkamers

14 Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (en exclusief voedingspompen)

Monitorcode

O0500 Draagbare infuuspompen

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. Eetapparaten vallen onder categorie 2.

Monitorcode
N0500 Voedingshulpmiddelen

17 Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering

A.

Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten.

B.

Daisy-spelers of daisy-programmatuur voor dyslectici.

Monitorcodes

A.

K1000 Alarmering voor lichamelijk gehandicapten

B.

K1500 Daisy-speler of daisy-apparatuur

23 Uitwendige electrostimulatoren tegen chronische pijn met toebehoren

Monitorcode

O1000 Uitwendige electrostimulatoren

30 Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed

Deze te verzekeren prestatie omvat een scala aan hulpmiddelen die samenhangen met de verzorging en verpleging op bed:

Bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen. Anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken. Dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen en bedtafels. Bedgalgen en hulpmiddelen voor het zelfstandig uit bed komen. Glij- en rollakens. Bedverkorters, -verlengers, en -verhogers. Ondersteken. Bedbeschermende onderleggers. Infuusstandaarden.

Monitorcode

G1000 Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed

31 Reparatie en onderhoud

- Gehoorhulpmiddelen
- Alle overige hulpmiddelen

Monitorcodes

D1500 Reparatie hoorhulpmiddelen

M0500 Reparatie en aanpassing hulpmiddelen

32 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologische systeem

Inclusief opleiding en advisering

Monitorcode

T0500 Meetapparatuur voor bloedstollingstijd + toebehoren

35 Thuisdialyse-apparatuur

Inclusief chemicaliën en vloeistoffen

Monitorcode

U0500 Apparatuur voor thuisdialyse

38 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie

- Incontinentiematerialen
- Stomamiddelen
- Overige verzorgingsmiddelen: urine-opvangzakken, katheters, blaasspoelvloeistof, spoelapparatuur.

Monitorcodes

A0500 Incontinentiematerialen
A1000 Voorzieningen voor stomapatiënten
A1500 Overige verzorgingsmiddelen

39 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken

Spraakvervangende hulpmiddelen zoals letter- of symbolensets en –borden, (draagbare) communicatieapparatuur (zowel tekst- als plaatjessystemen), apparatuur voor synthetische spraak, maar ook softwaretoepassingen voor computers of andere apparatuur. Stemprothesen en spraakversterkers vallen onder rubriek 01 (J0300).

Monitorcode

K3000 Spraakvervangende hulpmiddelen bij een ernstige handicap

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG

HULPMIDDELEN ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
01. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan			
02. Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem	A. Hulpmiddelen ter correctie van de gestoorde functies van het bewegingssysteem		
	B1. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het lopen		
	B2. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het gebruiken hand en arm		
	B3. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het veranderen en handhaven lichaamshouding		
	B4. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang		
B5. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur			
03. Schoenvoorzieningen			
04. Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie	A. Gezichtshulpmiddelen		
	B. Hulpmiddelen voor communicatie, informatie, coördinatie en mobiliteit bij visuele beperkingen		
05. Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie	A. Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie		
	B. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur		
06. Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming	A. Verbandmiddelen, inclusief bandagelenzen zonder visuscorrectie		
	B. Kappen ter bescherming van de schedel		
07. Hulpmiddelenzorg voor anticonceptionele doeleinden			
10. Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren, exclusief bij diabetes			
11. Transportondersteuners van bloed en lymfe			
12. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel			
13. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel			
14. Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (en exclusief voedingspompen)			
15. Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding			
17. Hulpmiddelen voor communicatie informatievoorziening en signalering	A. Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten		
	B. Daisy-spelers of daisy-programmatuur voor dyslectici		
17. Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering			
23. Uitwendige elektrostimulatoren tegen chronische pijn met toebehoren			
30. Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed			
31. Reparatie en onderhoud			
32. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologische systeem			
35. Thuisdialyse-apparatuur			
38. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie			
39. Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken			
TOTAAL code 640 (som subtotaal)		0	

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 08 Hulpmiddelenzorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG

HULPMIDDELEN ZORG IN EIGENDOM		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
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)		
	Bij communicatie en informatie bij visuele beperking (E1500)		
	Voor de oriëntatie en mobiliteit (E2000)		
	Overige hulpmiddelen voor de visuele functie (E2500)		
05. Gehoorhulpmiddelen, exclusief de kosten van reparatie	Hoortoestellen, exclusief oorstukjes (D0500)		
	Overige gehoorhulpmiddelen, inclusief oorstukjes (D1000)		
06. Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming	Verbandmiddelen (A2100)		
	Kappen ter bescherming van de schedel (A2200)		
07. Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (V0500)			
08. Hulpmiddelen voor de mobiliteit	Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit (L0500)		
	Hulpmiddelen voor de mobiliteit (L1000)		
10. Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren, excl. bij diabetes (O1500)			
11. Transportondersteuners van bloed en lymfe	Elastische kousen (H0500)		
	Aan- en/of uittrekhulp (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/penen (F3000)		

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 08 Hulpmiddelenzorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG - vervolg

HULPMIDDELEN ZORG IN EIGENDOM - vervolg		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
13. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel	Apparatuur voor positieve uitademingsdruk (I0500)		
	Zuurstofapparaten en toebehoren (I1000)		
	CPAP-apparatuur met toebehoren (I1500)		
	Longvibrators (I2000)		
	Venevelaars met toebehoren (I2500)		
	Slijmuitzuigapparatuur (I3000)		
	Tracheacanule (I3500)		
	MRA-apparaat (I4000)		
	Voorzetkamers (I4500)		
14. Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (O0500)			
15. Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	Voedingshulpmiddelen (N0500)		
17. Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering	Computers, inclusief toebehoren (K0500)		
	Signalering/alamering (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)			
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)		
	Gebruikskosten (Q0800)		
34. Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie	Hulpmiddelen voor arm-hand-vingerfunctie (R0500)		
	Robotmanipulator (R1000)		
35. Thuisdialyse apparatuur (U0500)			
38. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie	Incontinentiematerialen (A0500)		
	Voorzieningen voor stomapatiënten (A1000)		
	Overige verzorgingsmiddelen (A1500)		
39. Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken (K3000)			
SUBTOTAAL in eigendom			0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 08 Hulpmiddelenzorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG

HULPMIDDELEN ZORG IN BRUIKLEEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
02. Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem	Orthesen (C0500)		
	Orthopedisch schoeisel (C1000)		
04. Uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie	Gezichtshulpmiddelen (E0500)		
	Bijzondere optische hulpmiddelen (E1100)		
	Bij communicatie en informatie bij visuele beperking (E1500)		
	Voor de oriëntatie en mobiliteit (E2000)		
	Overige hulpmiddelen voor de visuele functie (E2500)		
05. Gehoorhulpmiddelen, exclusief de kosten van reparatie	Hoortoestellen, exclusief oorstukjes (D0500)		
	Overige gehoorhulpmiddelen, inclusief oorstukjes (D1000)		
08. Hulpmiddelen voor de mobiliteit	Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit (L0500)		
	Hulpmiddelen voor de mobiliteit (L1000)		
11. Transportondersteuners van bloed en lymfe	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)		
	Draagbare insuline-infuuspompen met toebehoren (F1500)		
	Apparaat voor het zelf afnemen van bloed (F2000)		
	Overige hulpmiddelen diabetes (F2500)		
13. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel	Apparaat voor positieve uitademingsdruk (I0500)		
	Zuurstofapparaten en toebehoren (I1000)		
	CPAP-apparaat met toebehoren (I1500)		
	Longvibrators (I2000)		
	Vemevelaars met toebehoren (I2500)		
	Slijmuitzuigapparatuur (I3000)		
	Tracheacanule (I3500)		
	MRA-apparaat (I4000)		
14. Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (O0500)			
15. Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	Voedingshulpmiddelen (N0500)		
17. Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering	Computers, inclusief toebehoren (K0500)		
	Signalering/alamering (K1000)		
	Opname- en voorleesapparatuur (K1500)		
	Telefoonhulpmiddelen (K2000)		
	Overige hulpmiddelen voor communicatie (K2500)		
23. Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren (O1000)			
25. Solo-apparaat met toebehoren (D2500)			

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 08 Hulpmiddelenzorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG - vervolg

HULPMIDDELEN ZORG IN BRUIKLEEN - vervolg		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
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)	 	
	Gebruikskosten (Q0800)	 	
34. Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie	Hulpmiddelen voor arm-hand-vingerfunctie (R0500)	 	
	Robotmanipulator (R1000)	 	
	Raptor (R1100)	 	
35. Thuisdialyse apparatuur (U0500)		 	
39. Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken (K3000)		 	
SUBTOTAAL in bruikleen		 	0
HULPMIDDELEN ZORG OVERIG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
31. Reparaties en onderhoud	Gehoorhulpmiddelen (D1500)	 	
	Overige vorengenoemde hulpmiddelen (M0500)	 	
SUBTOTAAL overig		 	0
HULPMIDDELEN TOTAAL		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
TOTAAL code 640 (som subtotaal)		 	0

08 Hulpmiddelenzorg – regeling 2014

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

640 Kosten eigendom/buikleen per categorie hulpmiddelen

In 2014 slechts één kleine wijziging.

Thuisdialyse-apparatuur (categorie 35) inclusief toebehoren, controle en onderhoud is overgeheveld naar de medisch specialistische zorg. Alleen de uitgaven voor woningaanpassingen en uitgaven die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen blijven onderdeel van hulpmiddelenzorg.

Omdat deze wijziging zo minimaal is hebben wij in dit handboek geen format 2014 van hulpmiddelenzorg opgenomen. Dat ontvangt u volgend jaar als u de jaarstaat 2014 moet aanleveren.

3.1.8 09 Ziekenvervoer

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

650 Kosten en aantallen van vervoer per ambulance/helikopter

In de specificatie specificeert u de kosten en aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties) van ambulanceritten en van helikoptervluchten. Met ingang van 2014 verantwoordt u bij ambulanceritten ook de twee verrekentarieven I 020 en I 021.

Let op: Bij aantallen ambulanceritten telt u alleen de prestatiecodes 196002 (Besteld vervoer B-rit) en 196010 (Spoedvervoer A1-/A2-rit). Met ingang van de jaarstaat 2014 wordt deze specificatie van aantallen ambulancevervoer gesplitst in aantal spoedvervoer A1-/A2-rit (196010) en aantal besteld vervoer (196002).

Bij MICU-vervoer alleen de kosten ambulancevervoer. De medisch specialistische kosten MICU verantwoordt u bij code 618 (jaarstaat 2011). Met ingang van de jaarstaat 2012 moeten deze kosten verantwoord worden bij code 612 add-on's.

651 Kosten van vervoer per soort vervoer en per patiëntengroep

In deze tabel specificeert u de kosten ziekenvervoer (inclusief balanspost) als volgt

- de kosten per soort vervoer:
 - openbaar vervoer;
 - eigen auto;
 - taxi.
- per soort vervoer de kosten uitgesplitst per patiëntengroep:
 - nierdialysepatiënten;
 - chemokuur- en radiotherapiepatiënten;
 - rolstoelgebruikers;
 - visueel gehandicapten;
 - overige patiënten (met toestemming op grond van de hardheidsclausule).

De kosten van vervoer bij een ambulante behandeling geriatrische revalidatiezorg mogen bij de specificatie met ingang van 2014 opgenomen worden bij de categorie 'overige patiënten met toestemming o.g.v. hardheidsclausule.

651 Aantal verzekerden bij vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto

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 geen balanspost op.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 09 Ziekenvervoer

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 09 ZIEKENVERVOER

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
Ambulanceritten		
Helikoptervluchten		
TOTAAL code 650	0	0

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER - vervolg	Aantal mbt 2013	Aantal mbt 2012
Ambulanceritten		
Helikoptervluchten		

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012
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 2013	Aantal mbt 2012
Totaal verzekerden met kosten hoger dan de wettelijke eigen bijdrage		

3.1.9 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	X	X	X	X

NB Op de GGZ-kosten 2012 (zowel de ontvangen en geaccepteerde declaraties als de balanspost) moeten de volgens de regelgeving **op te leggen** eigen bijdragen in mindering worden gebracht .

NB Met ingang van 2013 spreken we niet meer over Kosten DBC's GGZ met of zonder verblijf. Code 661 is alle Kosten specialistische GGZ van verzekerden die verblijven. Code 662 is alle Kosten specialistische GGZ van verzekerden die niet verblijven. Zie verder hoofdstuk 4.

662 Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf

In de kwartaal- en jaarstaten (jaar T, T-1 en T-2) specificeert u de kosten van specialistische GGZ zonder verblijf naar de kosten van instellingen en de kosten van zelfstandig gevestigden. Zelfstandig gevestigden zijn zorgaanbieders met een AGB code die begint met 03 en 94, alle overige AGB codes zijn instellingen. De kosten in 2012 specificeert u, alleen nog in de jaarstaat 2013, naar kosten gebudgetteerde instellingen, nieuwe instellingen en zelfstandig gevestigden.

665 Kosten van generalistische basis GGZ

Deze code, en dus deze specificatie is nieuw m.i.v. 2014. U specificeert de kosten van de basis GGZ in de kwartaalstaat (jaar T) en de jaarstaat (jaar T, T-1 en T-2) naar kosten van instellingen en kosten van zelfstandig gevestigden. Zelfstandig gevestigden zijn zorgaanbieders met een AGB code die begint met 03 en 94, alle overige AGB codes zijn instellingen.

Een tweede specificatie van deze kosten in de kwartaalstaat (jaar T) en de jaarstaat (jaar T en T-1) is naar de prestaties Kort, Middel, Intensief, Chronisch en Overige prestaties. Bij de Overige prestaties specificeert u de kosten van de transitieprestatie (alleen in 2014) en de prestaties GGZ die zijn opgenomen in de Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg, Overige zorgproducten, OZP paramedische behandeling en onderzoek.

NB. Kosten worden verantwoord naar datum aanvang behandeling.

Een derde specificatie van de basis GGZ is dezelfde als de tweede, maar dan naar aantallen van deze prestaties. Aantallen Overige prestaties hoeft u niet op te geven.

Aanleverschema

1e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

660 Aantal eerstelijns psychologische zorg

In de tabel specificiert u per klasse met een aantal zittingen de volgende aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties):

- het totaal aantal verzekerden dat in die klasse valt;
- het totaal aantal zittingen (som van de vermenigvuldigingen verzekerde x zittingen).

Een verzekerde heeft aanspraak op maximaal 8 zittingen per kalenderjaar. M.i.v 2012 maximaal 5 zittingen. 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.

Ook de internetbehandeltrajecten dient u om te rekenen naar zittingen.

Dit codenummer vervalt met ingang van 2014. In de jaarstaat 2014 specificiert u nog wel de aantallen 2013.

661 Aantal specialistische GGZ met verblijf

In de jaarstaat specificiert u het aantal DBC's (behandeling), indien er sprake is geweest van 24-uursverblijf (m.b.t 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 Aantal specialistische GGZ zonder verblijf

In de jaarstaat specificiert u het aantal DBC's (behandeling), indien er geen sprake is geweest van 24-uursverblijf (m.b.t 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.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Specificaties in de 2e (model), 3e en 4e kwartaalstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

CODE 662 - SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2014
Instellingen	
Zelfstandig gevestigden	
TOTAAL code 662	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2014
Instellingen	
Zelfstandig gevestigden	
TOTAAL code 665	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2014
Basis GGZ - Kort	
Basis GGZ - Middel	
Basis GGZ - Intensief	
Basis GGZ - Chronisch	
Overige prestaties	
TOTAAL code 665	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	AANTAL tot en met 2e kwartaal 2014
Basis GGZ - Kort	
Basis GGZ - Middel	
Basis GGZ - Intensief	
Basis GGZ - Chronisch	

Specifieke Informatie C
Specificaties van kosten en productie
11 Geriatrische revalidatiezorg

3.1.10 11 Geriatrische revalidatiezorg

Aanleverschema

1e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

670 Aantal DBC's Geriatrische revalidatiezorg

Met ingang van 2014 specificeert u in de jaarstaat het totale aantal DBC's geriatrische revalidatiezorg.

3.1.11 12 Kraamzorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

680 Aantal verzekerden en aantal uren Kraamzorg

In de tabel specificiert u per klasse met een aantal uren de volgende aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties):

- het totaal aantal verzekerden dat in die klasse valt;
- het totaal aantal uren kraamzorg (som van de vermenigvuldigingen verzekerde x uren).

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 12 KRAAMZORG

CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL VERZEKERDEN	Aantal mbt 2013	Aantal mbt 2012
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 2013	Aantal mbt 2012
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

3.1.12 13 Overige kosten

Aanleverschema

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

700 Overige kosten

In de eerste specificatie van code 700 (kwartaal- en jaarstaat) specificieert u de kosten naar de volgende onderdelen

- kosten i.v.m de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten
- kosten i.v.m 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
- kosten Programma Stoppen met Roken (in 2011 en weer vanaf 2013)
- kosten stoppen met roken, gedragsondersteuning, alleen in 2012
- kosten dieetadvisering in het kader van ketenzorg, alleen in 2012
- kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, t/m 2013

De kosten SKMS worden met ingang van 2014 verantwoord en gespecificeerd bij rubriek 16 Kwaliteitsgelden.

In de tweede specificatie van code 700 (kwartaal- en jaarstaat) wordt het aantal patiënten (uitgegaan van de ontvangen en geaccepteerde declaraties) gevraagd voor de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes, Cardiovasculair risicomanagement en COPD afzonderlijk en voor het Programma Stoppen met Roken (in 2011 en vanaf 2013).

701 Overige geneeskundige zorg

Deze code, en dus ook de specificatie, is nieuw in 2014.

U specificieert code 701 (ontvangen en geaccepteerde declaraties) alleen in de jaarstaat (T en T-1) naar de 4 prestaties, nl. geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en, huidtherapie, orthoptie en optometrie.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 13 Overige kosten

Specificaties in kwartaalstaten 2014 2e (model) en 4e kwartaal

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2014
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)	
Programma Stoppen met roken	
TOTAAL code 700	0

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	AANTAL tot en met 2e kwartaal 2014
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)	
Programma Stoppen met roken	

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2011 en ouder
Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgprestaties			
Kosten i.v.m. beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde 1e lijnszorgproducten			
Kosten 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)			
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten			
Programma Stoppen met Roken			
Stoppen met roken, gedragsondersteuning			
Dieetadvisering in het kader van ketenzorg			
TOTAAL code 700	0	0	0

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	AANTAL verzekeren mbt 2013	AANTAL verzekeren mbt 2012
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)		
Programma Stoppen met Roken		
TOTAAL	0	0

3.1.13 15 Grensoverschrijdende zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

720 grensoverschrijdende zorg

Hier vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats. De afhandeling van de kosten kan via Zorginstituut Nederland lopen of via de verzekeraar. De kosten die lopen via het Zorginstituut 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 4.4.

In de specifieke informatie A wordt het onderscheid naar kosten via het Zorginstituut en kosten via de verzekeraar gevraagd. In de specifieke informatie C wordt een nadere specificatie gevraagd van de kosten die lopen via de verzekeraar.

Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar

- van Zvw verzekerden die wonen in Nederland
- van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland

U specificeert hier 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 elke verzekerde, die in het verslagjaar gebruik maakt van de betreffende regeling, eenmaal per verslagjaar telt.

De specificatie bevat de volgende drie onderdelen

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

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 15 Grensoverschrijdende zorg

Specificaties in de jaarstaat 2013

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 15 GRENDOERSCHRIJDENDE ZORG
 KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND, VIA VERZEKERAAR

CODE 720 - GRENDOERSCHRIJDENDE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
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

CODE 720 - GRENDOERSCHRIJDENDE ZORG		Aantal verzekerden mbt 2013
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

3.2 Regeling wanbetalers

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
X	X	X	X	n.v.t.

Wanbetalersregeling Zorgverzekeringswet

In opdracht van VWS organiseert Zorginstituut Nederland de regie in de keten van de nieuwe wanbetalersregeling (Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering). Onderdeel hiervan is het uitbrengen van een ketenmonitor. In deze monitor wordt managementinformatie van/voor de ketenpartners verzameld. De informatie van de zorgverzekeraars moet via deze uitvraag aangeleverd worden.

In de vier kwartaalstaten vragen wij verschillende aantallen met betrekking tot verzekeringnemers met een betalingsachterstand.

Aan te leveren gegevens

Ieder kwartaal levert u gegevens aan over de drie afgelopen maanden.

U levert gegevens aan over het aantal verzekeringnemers met een betalingsachterstand, het aantal verstuurd twee/viermaandsbrieven, aantal betalingsregelingen en stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling en het aantal bij het Zorginstituut aangemelde wanbetalers.

Toelichting op de uitvraag

Aantal verzekeringnemers met een betalingachterstand.

- U geeft hier het aantal verzekeringnemers op met een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie van de basisverzekering van twee of meer volle maandpremies. Rente en incassokosten laat u buiten beschouwing. Verzekeringnemers met een betalingsregeling en die deze volledig nakomen, telt u niet mee.
- Ieder kwartaal levert u drie maandstanden aan. De peildatum is iedere maand de laatste dag van de betreffende maand.
- Per maand telt u het aantal verzekeringnemers dat op de peildatum een achterstand in de premiebetaling heeft van respectievelijk
 - twee of meer, maar minder dan vier volle premiemaanden
 - vier of meer, maar minder dan zes volle premiemaanden
 - zes of meer volle maandpremies.

Aantal verstuurd tweede-, respectievelijk vierdemaandsbrieven.

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

Aantal debiteuren met een interne of externe betalingsregeling

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

Aantal actieve stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling

- Indien een verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener en aantoonbaar dat hij in het kader daarvan een schriftelijke stabilisatieovereenkomst is aangegaan zal de verzekeraar ten aanzien van de aangemelde vordering de lopende incassomaatregelen binnen zes weken vanaf het moment dat de stabilisatieovereenkomst is getekend en voor zover gemaakte afspraken door de verzekeringnemer worden nageleefd, voor een periode van acht maanden opschorten en niet verder verzwaren met rente en kosten. De verzekerde zal in die periode niet door de zorgverzekeraar worden aangemeld bij het Zorginstituut voor de bestuursrechtelijke premie-inning.
- Ieder kwartaal levert u drie maandstanden aan. Voor iedere maand geeft u de stand op de laatste dag van de betreffende maand op.

Aantal wanbetalers (aangemeld bij het Zorginstituut) met een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar

- U geeft hier het aantal wanbetalers op dat is aangemeld bij het Zorginstituut met een betalingsachterstand, ingedeeld in drie groepen. Bij de indeling in de groepen neemt u het totaal bedrag aan betalingsachterstand voor de verschuldigde premie van de basisverzekering en voor bijvoorbeeld het eigen risico en inclusief verschuldigde rente en incassokosten.
- Ieder kwartaal levert u drie maandstanden aan. Voor iedere maand geeft u de stand op de laatste dag van de betreffende maand op.
- U telt iedere maand het aantal wanbetalers met een premieachterstand van respectievelijk:
 - minder dan €250 (bij benadering ongeveer twee maandpremies)
 - meer dan €250, maar minder dan €750 (bij benadering meer dan twee, maar minder dan zes maandpremies)
 - meer dan €750 (bij benadering meer dan zes maandpremies, dus een grote openstaande vordering).

Specificaties in kwartaalstaten 2014 1e (model), 2e, 3e en 4e kwartaal

SPECIFICATIES VAN WANBETALERS

	AANTAL januari	AANTAL februari	AANTAL maart
Verzekeringnemers die een achterstand in de premiebetaling hebben van twee of meer, maar minder dan vier volle maandpremies.			
Verzekeringnemers die een achterstand in de premiebetaling hebben van vier of meer, maar minder dan zes volle maandpremies.			
Verzekeringnemers die een achterstand in de premiebetaling hebben van zes of meer volle maandpremies.			

	AANTAL januari	AANTAL februari	AANTAL maart
Verstuurde tweedemaandsbrieven			
Verstuurde vierdemaandsbrieven			

	AANTAL januari	AANTAL februari	AANTAL maart
Debiteuren met een <i>interne</i> betalingsregeling, al dan niet uitsluitend voor premiebetaling.			
Debiteuren met een <i>externe</i> betalingsregeling, al dan niet uitsluitend voor premiebetaling.			
Actieve stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling.			

	AANTAL januari	AANTAL februari	AANTAL maart
Wanbetalers (bij CVZ aangemeld) met een betalingsachterstand van minder dan € 250.			
Wanbetalers (bij CVZ aangemeld) met een betalingsachterstand van meer dan € 250, maar minder dan € 750.			
Wanbetalers (bij CVZ aangemeld) met een betalingsachterstand van meer dan € 750.			

4 Definities Kosten en Productie

4.1 Kostenbegrip

4.2 Kolommen kostenverzamelstaat

4.2.1 Kolommen kwartaalstaten

4.2.2 Kolommen jaarstaat

4.3 Kostenrubrieken en kostencodenummers

4.4 Instellingen

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 (4.1);
- definities van de kolommen in de kwartaalstaten (4.2.1) en in de jaarstaat (4.2.2);
- definities van de kostenrubrieken en kostencodenummers zoals die bij de verantwoording van de kosten van prestaties gelden (4.3);
- definities van de aansluitingsregels met De Nederlandsche Bank (4.3);
- toelichting op de indeling van instellingen (4.4).

4.1 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 Zorginstituut Nederland). 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 en andere crediteringen op kosten Zvw moeten ten gunste van de betreffende kosten Zvw worden gebracht (dus in mindering op de kosten van prestaties).

De overige zorgkosten, die verzekerden zelf moeten betalen, neemt u in de verantwoording niet mee. Het gaat hierbij ondermeer om (op te leggen) 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 Zorginstituut Nederland: € 950,- (€ 1.000,- -/- €50,-)

Verantwoording (op te leggen) bijbetalingen verzekerde: niet in Zorginstituut 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 geen deel uit van de schadedefinitie van DNB en wel van de schadedefinitie van Zorginstituut Nederland.

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.

Als u met zorgaanbieders afspraken heeft gemaakt over een lumpsum, plafond etc. dan moet u die afspraken, voor zover het prestaties Zvw betreft, verwerken in de balanspost. De kolom 'ontvangen en geaccepteerde declaraties' geeft de ontvangen declaraties weer voor de in de verslagperiode aan verzekerden verleende zorg/ in de verslagperiode geopende DBC zorgproducten. De balanspost in de kolom 'Lasten inclusief balanspost' kan dus negatief zijn. Nadat de verrekening met de zorgaanbieder heeft plaatsgevonden verwerkt u deze in de 'ontvangen en geaccepteerde declaraties', uiterlijk in de jaarstaat over T+2. Na de verrekening is er geen balanspost meer.

De verrekening moet verwerkt worden in de gevraagde specificaties in de jaarstaat. Indien de verschillen niet op het gevraagde niveau bekend zijn, worden deze via een logische verdeelsleutel toegerekend. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

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

De balanspost moet de meest actuele raming weergeven op het moment van afsluiten van de betreffende kwartaal- of jaarstaat gegeven de aanleverdatum. Het is niet toegestaan dat in de jaarstaat wordt aangesloten op de jaarrekening, als die afsluitdatum eerder is waardoor de ramingen niet meer actueel zijn.

4.2 Kolommen kostenverzamelstaat

4.2.1 Kolommen kwartaalstaten

Kolom 1: Lasten jaar T inclusief balanspost

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

- het totaal van de in de verslagperiode ontvangen declaraties voor in de verslagperiode aan verzekerden verleende zorg/in de verslagperiode geopende DBC-zorgproducten/DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.
- en tevens de **balanspost over het hele jaar**: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op in de verslagperiode verleende zorg/geopende DBC-zorgproducten/DBC's **en** de meest actuele raming van de over het hele jaar nog te ontvangen declaraties voor in de verslagperiode verleende zorg/geopende DBC-zorgproducten/DBC's dan wel afspraken over lumpsum, plafond etc.

Aandachtspunten

- 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 Zorginstituut Nederland lopen.

Kolom 2: Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m kwartaal t jaar T

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

- het totaal van de in de verslagperiode ontvangen declaraties voor in de verslagperiode aan verzekerden verleende zorg/in de verslagperiode geopende DBC-zorgproducten/DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

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

Aandachtspunten

- 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 Zorginstituut Nederland lopen.

Kolom 3: Lasten jaar T-1 inclusief balanspost

De derde kolom geeft de totale schade jaar T-1 weer die ten laste van jaar T-1 komt.

In de derde kolom 'Lasten jaar T-1 inclusief balanspost' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg/in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 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** de meest actuele schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's dan wel afspraken over lumpsum, plafond etc.

Uitzondering

- In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 3 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van

de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde.

Kolom 4: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1

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

- het totaal van de tot en met de verslagperiode ontvangen declaraties met betrekking tot jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg/in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

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

Uitzondering

- In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 4 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde.

Kolom 5: Lasten jaar T-2 en ouder inclusief balanspost

De vijfde kolom geeft de totale schade jaar T-2 en ouder weer die ten laste van jaar T-2 komt.

In de vijfde kolom 'Lasten jaar T-2 en ouder inclusief balanspost' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in T-1 en T-2) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-2 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 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 de meest actuele schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-2 en ouder verleende zorg/geopende DBC's dan wel afspraken over lumpsum, plafond etc.

Uitzondering

In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 5 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland 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 Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 5 en in kolom 6 is hetzelfde.

Kolom 6: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder

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

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in T-1 en T-2) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg/in jaar T-2 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip. En tevens de in de verslagperiode ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006).

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

Uitzondering

- In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 6 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland 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 Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 5 en in kolom 6 is hetzelfde.

Cijfervoorbeeld 2^e kwartaalstaat 2014

Schadejaar 2014	
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2014 m.b.t 2014	170
Balanspost	
In juli 2014 ontvangen declaraties m.b.t het eerste halfjaar 2014	20
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t het hele jaar 2014	250

Schadejaar 2013	
Ontvangen declaraties in 2013 m.b.t 2013	400
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2014 m.b.t 2013	70
Balanspost	
In juli 2014 ontvangen declaraties m.b.t 2013	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2013	25

Schadejaar 2012 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2012 m.b.t 2012	350
Ontvangen declaraties in 2013 m.b.t 2012	100
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2014 m.b.t 2012	25
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2014 m.b.t 2006 t/m 2011	3
Balanspost	
In juli 2014 ontvangen declaraties m.b.t 2012	5
In juli 2014 ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2011	1
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2012	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2011	2

Verantwoording in de 2^e kwartaalstaat 2014

Kolom 1	440 (170+20+250)
Kolom 2	170
Kolom 3	500 (400+70+5+25)
Kolom 4	470 (400+70)
Kolom 5	491 (350+100+25+3+5+1+5+2)
Kolom 6	478 (350+100+25+3)

4.2.2 Kolommen Jaarstaat

Kolom 1: Lasten jaar T inclusief Balanspost

De eerste kolom geeft de totale schade jaar T weer die ten laste komt van jaar T.

In de eerste kolom 'Lasten jaar T inclusief balanspost' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T ontvangen declaraties voor de in jaar T aan verzekerden verleende zorg /in jaar T geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip
- en tevens de balanspost: de declaraties die na 31-12-jaar T zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T verleende zorg/geopende DBC's **en** de meest actuele raming van de na 31-12-jaar T nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T verleende zorg/geopende DBC's dan wel afspraken over lumpsum, plafond.

Aandachtspunten

- 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 jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 1 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T+1 over jaar T van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 1 en in kolom 2 is hetzelfde.

Kolom 2: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T

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

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T ontvangen declaraties voor de in jaar T aan verzekerden verleende zorg /in jaar T geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

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

Aandachtspunten

- 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 jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 2 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T+1 over jaar T van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 1 en in kolom 2 is hetzelfde.

Kolom 3: Lasten jaar T-1 inclusief balanspost

De derde kolom geeft de totale schade jaar T-1 weer die ten laste komt van jaar T-1.

In de derde kolom 'Lasten jaar T-1 inclusief balanspost' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 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** de meest actuele schatting van de na 31-12-jaar T nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's dan wel afspraken over lumpsum, plafond etc.

Uitzondering

- In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 3 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde.

Kolom 4: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1

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

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

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

Uitzondering

- In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 4 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde. In de jaarstaat 2011 verantwoordt u ook het bedrag 2010 in de brief van januari 2012 op basis van het convenant tussen zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland.

Kolom 5: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder

De vijfde kolom geeft de totale schade jaar T-2 en ouder weer die ten laste komt van jaar T-2.

In de vijfde kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1 en de in jaar T-2) ontvangen declaraties voor de in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-2 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip
- en tevens de in jaar T ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006; inclusief creditnota's).

Kolom 5 bevat geen balanspost.

Uitzondering

- In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 5 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland 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 Zorginstituut heeft ontvangen. In de jaarstaat 2012 verantwoordt u ook het bedrag 2010 in de brief van januari 2012 op basis van het convenant tussen zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland.

Cijfervoorbeeld jaarstaat 2013

Schadejaar 2013	
Ontvangen declaraties in 2013 m.b.t 2013	360
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2014 ontvangen declaraties m.b.t 2013	60
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2013	80

Schadejaar 2012	
Ontvangen declaraties in 2012 m.b.t 2012	400
Ontvangen declaraties in 2013 m.b.t 2012	90
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2014 ontvangen declaraties m.b.t 2012	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2012	15

Schadejaar 2011 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2011 m.b.t 2011	300
Ontvangen declaraties in 2012 m.b.t 2011	100
Ontvangen declaraties in 2013 m.b.t 2011	40
Ontvangen declaraties in 2014 over oude jaren (2006 t/m 2010)	10

Verantwoording in de jaarstaat 2013

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

4.3 Kostenrubrieken en kostencodenummers

Kostenrubriek/Kosten-codenummer	Omschrijving	Vervallen/nieuw
01 Huisartsenzorg		
503	Bijzondere betalingen	
504	Avond-, nacht- en weekenddiensten	
505	Inschrijftarieven	
506	Consultarieven	
02 Farmaceutische zorg		
520	Kosten van farmaceutische zorg	
04 Mondzorg		
560.1	Kosten mondzorg voor volwassen verzekerden	
560.2	Kosten mondzorg voor jeugdige verzekerden	
561	Kosten van gebitsprothesen	
05 Verloskundige zorg		
580	Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	
581	Kosten verloskundige zorg door huisartsen	
06 Medisch specialistische zorg		
545	Honoraria specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie	
610	Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	
611	Overige zorgproducten	nieuw 2012
612	Kosten Add-on's	nieuw 2012
613	Kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment	
614	Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment	
615	Kosten DBC-zorgproduct vrije segment	
616	Honoraria DBC-zorgproduct vrije segment	
617	Kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten	vervallen 2013
618	Kosten en honoraria overige trajecten en Verrichtingen	vervallen 2013
619	Kosten en honoraria extramuraal werkende Specialisten	
07 Paramedische zorg		
620	Kosten van fysiotherapie	
621	Kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar	
623	Kosten van logopedie	
624	Kosten van ergotherapie	
625	Kosten van dieetadvisering	
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	

Definities kosten en productie
Kostenrubrieken en kostencodenummers

10	Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg		
660	Kosten eerstelijnspsychologische zorg		vervallen 2014
661	Kosten van specialistische GGZ met verblijf		
662	Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf		
664	Kosten overige producten GGZ		vervallen 2014
665	Kosten generalistische basis GGZ		nieuw 2014
11	Geriatrische revalidatie		
670	Kosten van geriatrische revalidatiezorg		nieuw 2013
12	Kraamzorg		
680	Kosten van kraamzorg		
13	Overige kosten		
700	Overige kosten		
701	Kosten van overige geneeskundige zorg		nieuw 2014
15	Grensoverschrijdende zorg		
720	Kosten van grensoverschrijdende zorg		
16	Kwaliteitsgelden		
730	Kosten van kwaliteitsgelden		nieuwe naam 2014
22	Opbrengstenverhaal		
890.1	Opbrengstenverhaal		
910	Schade t.l.v. het vrijwillig eigen risico van verzekerden		
915	Schade t.l.v. van het verplicht eigen risico van verzekerden		
920	Schade afhandelingskosten		
930	Prudentiemarge balanspost		

01 Huisartsenzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip. Bij de prestatie huisartsenzorg zijn in ieder geval de volgende kosten geen prestaties Zvw: de kosten van keuringen en de kosten van informatieverstrekking en een aantal verrichtingen bij de Module Modernisering en Innovatie (zie bij code 503). De kosten van verloskundige zorg door huisartsen, inclusief het abonnementstarief voor echoscopisch onderzoek bij zwangerschap (NZa code 12614), verantwoordt u bij code 581, kosten verloskundige zorg door huisartsen.

503 Bijzondere betalingen

De kosten van huisartsenzorg voor:

- 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). Deze laatste, de 13xxx codes, zoals beschreven in de beleidsregel CU-7091, Verrichtingenlijst M&I. Zorgaanbieders die de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening declareren kunnen niet ook de NZa codes 13029, 13030 en 13031 declareren. U verantwoordt hier ook de prestaties diagnostiek, opgenomen in de beleidsregel Eerstelijns- diagnostiek van de Nza, uitgevoerd door huisartsen.
- 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 12404).
- Overige kosten:
 - 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 niet 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 12907 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

- 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 12204).

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 12004, 12007, 12100 t/m 12104 en 12110 t/m 12115). Praktijkondersteuning betreft alleen de POH GGZ. Met ingang van 2014 is er een nieuwe prestatie, groepsconsult, 12116.

02 Farmaceutische zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

520 Kosten van farmaceutische zorg

- kosten van geneesmiddelen en dieetpreparaten (inclusief BTW, exclusief afleververgoeding, exclusief eventuele GVS-bijbetaling) volgens het Besluit zorgverzekering, ongeacht de soort afleveraar. N.B. Stollingsfactoren hemofilie en aanverwante hemostaseziekten verantwoordt u bij code 611
- afleververgoeding (Wmg-tarief, inclusief BTW en eventuele marge, inclusief BTW) voor het verstrekte geneesmiddel, ongeacht de soort afleveraar
- kosten van 'niet verstreking gerelateerde prestaties' (met ingang van 2012), alleen de art. 6 t/m 9 van de in prestatiebeschrijving beschreven prestaties kunnen hier verantwoord worden.

Afleveraars van geneesmiddelen in het kader van de prestatie farmaceutische zorg zijn bijvoorbeeld: apothekers, apotheekhoudende huisartsen, ziekenhuisapotheken die extramuraal afleveren en gespecialiseerde leveranciers voor bijzondere leveringen.

De kosten van verbandmiddelen verantwoordt u bij rubriek 08, code 640 Hulpmiddelenzorg. De zogenoemde 'dure en weesgeneesmiddelen' verantwoordt u bij rubriek 06, medisch specialistische zorg, code 612 Add-ons's.

04 Mondzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

560.1 Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden

Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden door tandartsen volgens het Besluit zorgverzekering.

- Op röntgendiagnostiek door een algemeen practicus bestaat uitsluitend aanspraak ten behoeve van chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard (hulp door de kaakchirurg, artikel 2.7., lid 5, sub a van het Besluit zorgverzekering).
- De aanspraak op implantaten in het kader van de bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7., lid 1, sub a van het Besluit zorgverzekering) is inclusief suprastructuren en prothesen.
- OZP, Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde (Tarientabel DBC zorgproducten).
- 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.
- Met ingang van 2012 verantwoordt u hier ook de kosten van de verzekerde prestaties orthodontie voor volwassen verzekerden.
- Met ingang van 2012 verantwoordt u hier ook de Bijzondere betalingen mondzorg. U verantwoordt deze kosten bij de betreffende tariefgroep van 560.1.

560.2 Kosten van mondzorg voor jeugdige verzekerden

Kosten van mondzorg voor jeugdige verzekerden (met ingang van 2008 tot en met 21 jaar, tot 2008 tot en met 17 jaar en m.i.v 2011 weer tot en met 17 jaar) volgens het Besluit zorgverzekering.

- Röntgendiagnostiek ten behoeve van orthodontische zorg is geen verzekerde prestatie.
- Met ingang van 2012 verantwoordt u hier ook de kosten van de verzekerde prestaties orthodontie voor jeugdige verzekerden.
- Met ingang van 2012 verantwoordt u hier ook de Bijzondere betalingen mondzorg. U verantwoordt deze kosten bij de betreffende tariefgroep van 560.2.
- OZP, Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde (Tarientabel DBC zorgproducten).

561 Kosten van gebitsprothesen

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

05 Verloskundige zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

580 Kosten van verloskundige zorg door verloskundigen

- Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor verloskundige zorg verleend door verloskundigen.
- Prestaties van de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek, uitgevoerd door verloskundigen.
- U kunt hier ook de kosten van de bekostiging van geboortecentra (volgens beleidsregel) verantwoorden.

581 Kosten van verloskundige zorg door huisartsen

- Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor verloskundige zorg, inclusief diagnostiek, verleend door huisartsen.

06 Medisch specialistische zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

545 Honoraria specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie

Honoraria en techniekkosten voor kaakchirurgen

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

Wat u NIET bij code 545 verantwoordt

- de honorariumcomponent anesthesie en de kostencomponent ziekenhuis bij kaakchirurgische verrichtingen, deze verantwoordt u bij code 611.

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.

610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg

- Kosten van huisartsenlaboratoria en trombosediensten.
- Tevens de betalingen aan de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatie Stichting.

611 Overige zorgproducten

Overige zorgproducten volgens de Tarieventabel DBC zorgproducten en overige producten van de Nza. Niet alle van de 'overige zorgproducten' worden verantwoord bij 611. De volgende overige zorgproducten worden **niet** bij 611 verantwoord:

- Alle prestaties 'OZP supplementair – Add on duur of weesgeneesmiddel' en 'OZP supplementair – Add on IC', verantwoordt u bij code 612;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor ergotherapie, verantwoordt u bij code 624;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor dieetadvisering, verantwoordt u bij code 625. Prestaties dieetadvisering in het kader van gecoördineerde multidisciplinaire dienstverlening verantwoordt u bij code 700;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, tarieven voor eerstelijns psychologische zorg, verantwoordt u bij code 660. Met ingang van 2014 worden deze OZP's verantwoord bij code 665;
- OZP Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde, verantwoordt u bij rubriek 04;
- OZP Overige verrichtingen, honorariumcomponent kaakchirurgen van alle prestaties kaakchirurgie, verantwoordt u bij code 545;
- Kosten en honoraria van overige zorgproducten in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten. Deze kosten verantwoordt u bij code 619.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijst u naar hoofdstuk 4.4.

Eventueel nagekomen declaraties van vóór de DBC-financiering van instellingen, bv van de revalidatie- of audiologische centra, en van code 606 Verpleging in categorale ziekenhuizen, kunnen hier verantwoord worden.

612 Kosten van Add-on's

Add-on's zijn apart te declareren zorgproducten. Behandelingen op de ICU en dure en weesgeneesmiddelen. De add-on's worden door de grouper bepaald. Tarieven van add-on's die tot en met 2011 onder een andere tarieflijst en codenummer vielen verantwoordt u vanaf 2012 bij deze code. Met ingang van 2013 staan de Add-on's in de Tarieventabel DBC zorgproducten en overige producten van de Nza onder overige zorgproducten.

613 Kosten van DBC-zorgproducten gereguleerde segment

Voor alle van toepassing zijnde specialismen de **kostencomponent** van DBC-zorgproducten gereguleerde segment van:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen);
- ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen;
- Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.4. Bij de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten houdt u op geen enkele wijze rekening met de opbrengstverrekening.

614 Honoraria van DBC-zorgproducten gereguleerde segment

Voor alle van toepassing zijnde specialismen alle **honoraria** van DBC-zorgproducten gereguleerde segment van:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen);
- ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen;
- Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.4. Alle honorariabedragen per DBC-zorgproduct worden (in de specificatie in de specifieke informatie C) opgenomen bij het specialisme dat als poortspecialisme optreedt.

615 Kosten van DBC-zorgproducten vrije segment

Voor alle van toepassing zijnde specialismen de **kostencomponent** van DBC-zorgproducten vrije segment van:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, de revalidatie-instellingen en de long/astma-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.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.4.

616 Honoraria van DBC-zorgproducten vrije segment

Voor alle van toepassing zijnde specialismen alle **honoraria** van DBC-zorgproducten vrije segment van:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, de revalidatie-instellingen en de long/astma-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.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.4.

Alle honorariabedragen per DBC worden (in de specificatie in de specifieke informatie C) opgenomen bij het specialisme dat als poortspecialisme optreedt.

617 Kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten

Voor alle van toepassing zijnde specialismen de **kosten en honoraria** van ondersteunende en overige producten, volgens de tarieflijst van de NZa, uitgevoerd door:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, de revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen);
- ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen;
- Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra, audiologische centra, productiesamenwerkingsverbanden (deze laatste vanaf 2012) en incidenteel AWBZ-instellingen.

Tevens verantwoordt u hier de kosten voor verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijst ik u naar hoofdstuk 4.4.

Exclusief

- NZa code A801 in de Tarieflijst instellingen, dit betreft de op basis van de tarieflijst 'ondersteunende producten' gedeclareerde medisch specialistische zorg in huisartsenlaboratoria en samenwerkingsverbanden (deze laatste tot en met 2011) 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.
- De kosten van extramurale paramedische zorg in instellingen. Deze verantwoordt u, onder de daar geldende voorwaarden, bij rubriek 07 Paramedische zorg.

Deze code vervalt met ingang van 2013. De meeste prestaties gaan naar code 611.

618 Kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen

De **kosten en honoraria** van overige trajecten en verrichtingen volgens de tarieflijsten van de NZa voor:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, de revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen);
- ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen;
- Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijst ik u naar hoofdstuk 4.4.

Inclusief

- De honorariumcomponent anesthesie en de kostencomponent ziekenhuis bij kaakchirurgische verrichtingen in de tarieven volgens de tarieflijst 'overige verrichtingen' van de NZa.

Exclusief

- De honorariumcomponent kaakchirurgie, die met ingang van 2009 is opgenomen in de tarieven volgens de tarieflijst 'overige verrichtingen' van de NZa. Deze kosten verantwoordt u bij code 545.
- De kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk. Deze kosten verantwoordt u bij code 619.
- De kosten van extramurale paramedische zorg in instellingen. Deze verantwoordt u, onder de daar geldende voorwaarden, bij rubriek 07 Paramedische zorg.

Deze code vervalt met ingang van 2013. De meeste prestaties gaan naar code 611.

619 Kosten extramuraal werkende specialisten

Kosten en honoraria van DBC-zorgproducten 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 (t/m 2012)/met ingang van 2013 de kosten en honoraria van Overige producten (611) in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk.

07 Paramedische zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

620 Kosten van fysiotherapie

- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor fysiotherapie, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- De volgende prestaties in de prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa zijn geen verzekerde zorg Zvw: f. zitting psychosomatische fysiotherapie, i. telefonische zitting, s. groepszitting van meer dan 10 personen, v.toeslag buiten reguliere werktijden en x. verstrekte verband- en hulpmiddelen (alleen voor zover verwerkt in het zittingentarief). De prestaties n., y. en z. (rapporten) komen alleen ten laste van de Zvw als het gaat om resultaat van onderzoek. De prestatie 'niet nagekomen afspraak' is met ingang van 1 januari 2008 komen te vervallen; in rekening gebrachte kosten voor een niet nagekomen afspraak zijn geen prestatie Zvw.
- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen alleen ten laste van de Zvw verantwoord worden vanaf de 21^e behandeling.
- Met ingang van 2011 kunnen maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie ten laste van de Zvw verantwoord worden.

621 Kosten van oefen therapie Mensendieck/Cesar

- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor oefen therapie Mensendieck en Cesar, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- De volgende prestatie in de prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa is geen verzekerde zorg Zvw: c. psychosomatische oefen therapie. De prestatie 'niet nagekomen afspraak' is met ingang van 1 januari 2008 komen te vervallen; in rekening gebrachte kosten voor een niet nagekomen afspraak zijn geen prestatie Zvw.
- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen alleen ten laste van de Zvw verantwoord worden vanaf de 21^e behandeling.

623 Kosten van logopedie

Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor logopedie (zowel Individueel verleende zorg, Groepsbehandeling als Onderzoek), voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.

624 Kosten van ergotherapie

- Kosten van enkelvoudige extramurale ergotherapie verleend door (gecontracteerde) vrijgevestigde ergotherapeuten.
- Kosten van enkelvoudige ergotherapeutische zorg door een ergotherapeut die is verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis, algemeen ziekenhuis, categoriaal instelling, universitair medisch centrum of thuiszorginstelling.

625 Kosten van dieetadvisering

Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor extramurale dieetadvisering in instellingen en buiten instellingen. Deze prestatie is miv 2012 vervallen, alleen dieetadvisering in het kader van ketenzorg is een prestatie Zvw. Zie hiervoor bij rubriek 13. M.i.v. 2013 is dit weer een prestatie Zvw.

08 Hulpmiddelenzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

640 Kosten van hulpmiddelenzorg

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

09 Ziekenvervoer

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 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. Met ingang van 2012 verantwoordt u deze kosten bij de add-on's. Bij code 650 verantwoordt u alleen de ambulancekosten MICU transport.

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

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

Bij de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten houdt u op geen enkele wijze rekening met de opbrengstverrekening via de NZa.

660 Kosten van eerstelijnspsychologische zorg

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

NB: Een verzekerde heeft recht op 8 zittingen per kalenderjaar. Met ingang van 2012 heeft een verzekerde recht op 5 zittingen.

Deze code vervalt met ingang van 2014.

661 Kosten specialistische GGZ met verblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Als er sprake is geweest van (24-uurs) verblijf dan verantwoordt u alle kosten GGZ van de betreffende verzekerden bij code 661. Deze kosten kunnen naast de kosten van deelprestatie(s) voor 24-uursverblijf in 2013 zijn: kosten van behandeling, electroconvulsietherapie en beschikbaarheidcomponent crisis. Met ingang van 2014 inclusief de deelprestatie methadon.

De periode van de deelprestatie verblijf kan korter zijn dan de duur van de DBC. Dit is het geval als een cliënt vóór opname of na ontslag ambulant wordt behandeld. De gehele DBC en de (kortere) deelprestatie verblijf verantwoordt u bij code 661. Echter, als de DBC na 365 dagen wordt afgesloten, maar de cliënt wordt nog ambulant doorbehandeld en er wordt een nieuwe DBC (zonder deelprestatie verblijf) geopend, dan verantwoordt u de kosten van die nieuwe DBC (zonder verblijf) bij code 662.

NB: De deelprestatie Verblijf zonder overnachting wordt niet beschouwd als verblijf. Deze deelprestatie verantwoordt u bij 662.

662 Kosten specialistische GGZ zonder verblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Met ingang van 2009 verantwoordt u hier ook de kosten van diagnostiek en behandeling Dyslexie.

Als er geen sprake is geweest van (24-uurs) verblijf dan verantwoordt u alle kosten GGZ van de betreffende verzekerden bij code 662. Deze kosten kunnen in 2013 zijn: kosten van behandeling, electroconvulsietherapie, beschikbaarheidcomponent crisis en verblijf zonder overnachting. Met ingang van 2014 inclusief de deelprestatie methadon.

664 Kosten van overige producten GGZ

Alleen de kosten van geïndiceerde preventie voor hoog risicogroepen en medicijnkosten methadon vallen onder de prestaties Zvw. In 2013 is methadonverstrekking een deelprestatie geworden. U blijft deze kosten verantwoorden bij code 664.

In 2014 vervalt deze code. Met ingang van 2014 is de geïndiceerde preventie geen prestatie GGZ meer. De kosten van de deelprestatie Methadon verantwoordt u met ingang van 2014 bij code 661 dan wel code 662.

665 Kosten van generalistische basis GGZ

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Nieuwe code met ingang van 2014.

Hieronder vallen de prestaties Basis GGZ Kort, Middel, Intensief en Chronisch. En alleen voor 2014 de transitieprestatie voor doorlopende behandelingen 2013.

Ook verantwoordt u hier de prestaties GGZ die zijn opgenomen in de Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg, Overige zorgproducten, OZP paramedische behandeling en onderzoek.

De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGZ-zorgaanbieders en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek die worden gedeclareerd met een overig zorgproduct medisch specialistische zorg worden verantwoord bij code 611.

11 Geriatrische revalidatiezorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

670 Kosten van geriatrische revalidatiezorg

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

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

12 Kraamzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

680 Kosten van kraamzorg

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

13 Overige kosten

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip. De prestaties binnen projecten in het kader van de hierna genoemde beleidsregels moeten overeenstemmen met de prestaties waarop de Zvw recht geeft.

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.

700 Kosten van Overige kosten

- Kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zvw betreft) op basis van de beleidsregel van de NZa 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. 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. 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'.
- Kosten van het programma Stoppen met roken op basis van de beleidsregel Stoppen met Roken van de NZa. Vanaf 2012 is dit geen verzekerde zorg meer. M.i.v. 2013 is dit weer een prestatie Zvw.
- Kosten van gedragsondersteuning bij stoppen met roken, volgens beleidsregel CU-7057, vanaf 2012. Deze prestatie vervalt weer m.i.v. 2013.
- Kosten dieetadvisering in het kader van ketenzorg. Vanaf 2012 is dieetadvisering geen te verzekeren prestatie meer. Alleen binnen de multidisciplinaire zorgverlening bij de chronische aandoening Diabetes Mellitus, Cardiovasculair Risicomanagement en COPD is dieetadvisering een verzekerde prestatie. Als deze kosten als losse prestatie gedeclareerd worden, moeten deze hier verantwoord worden. Deze prestatie vervalt m.i.v. 2013.
- Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten. Deze kosten verantwoordt u met ingang van 2014 bij rubriek 16 Kwaliteitsgelden.

701 Kosten van overige geneeskundige zorg

- Bij deze code verantwoordt u de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' van de NZa.
- Met ingang van de jaarstaat 2013 verantwoordt u hier geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGD-artsen en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek die worden gedeclareerd met een overig zorgproduct medisch specialistische zorg worden verantwoord bij code 611.
- Hier verantwoordt u ook de kosten van de hierna genoemde Zvw zorg, voor zover die is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering op grond van de Wmg. Deze zorg is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering, tenzij de zorg wordt geleverd door of vanwege een instelling (in de zin van de Wet toelating zorginstellingen) en/of deel uitmaakt van een prestatie of geheel van prestaties waarvoor een tarief in rekening wordt gebracht. Het betreft: huidtherapie, orthoptie en optometrie. De kosten mogen uitsluitend ten laste van de Zvw worden gebracht voor zover het Zvw zorg betreft (bijvoorbeeld bij huidtherapie: uitsluitend epilatie bij transseksuelen), de zorg is geleverd door vrijgevestigde zorgaanbieders en voor zover aan de door de zorgverzekeraars gestelde voorwaarden in de polis is voldaan.

15 Grensoverschrijdende zorg

720 Kosten van grensoverschrijdende zorg

Bij deze rubriek verantwoordt u alleen de kosten van prestaties Zvw die zijn gemaakt in het buitenland in de hierna beschreven situaties. De in Nederland gemaakte kosten van prestaties Zvw van de hierna genoemde verzekerden verantwoordt u bij de rubrieken 01 tot en met 13 en 16 en niet bij rubriek 15.

In de beschrijving is onderscheid aangebracht naar vergoeding met toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid en naar vergoeding op basis van de polis Zvw.

- **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 Zorginstituut 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 Zorginstituut lopen, vindt **uitsluitend** plaats op basis van een opgave die u jaarlijks van het Zorginstituut ontvangt. Daarin zijn de door het Zorginstituut 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 Zorginstituut):
 - 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 Zorginstituut 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 Zorginstituut 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 geen 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 tarifieringovereenkomst 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 het Zorginstituut).
 - 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 Zorginstituut ontvangt.
- **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).

Toepassing no-claim (tot en met 2007) en eigen risico

Ook in de hiervoor genoemde situaties is de no-claim regeling en het eigen risico van toepassing. In die gevallen waarin uit de nota of uit het aan u door het Zorginstituut 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).

16 Kwaliteitsgelden

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

730 Kwaliteitsgelden

Deze rubriek is met ingang van 2013 van naam gewijzigd. Met ingang van dat jaar zijn de te verantwoorde prestaties binnen deze rubriek uitgebreid.

Hier verantwoordt u de volgende kosten:

- Kosten van ondersteuning eerstelijnszorg volgens de beleidsregel van de NZa met de naam 'De module regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling';
- projectgelden GGZ. De achtergrond van deze projectgelden is dat in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 middelen beschikbaar zijn gesteld voor kwaliteitsbeleid en projecten GGZ. In de regeling risicoverevening 2014 is in artikel 22 alsnog geregeld dat de kosten 2013 voor 100% als vaste kosten worden aangemerkt in de risicoverevening. Voor de kosten 2014 staat dit in artikel 15, lid 9. De inning van de projectgelden GGZ loopt net als SKMS en ondersteuning eerstelijnszorg via ZN;
- Met ingang van de 1^e kwartaalstaat 2014 verantwoordt u bij rubriek 16 ook de kosten SKMS.

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.

Verschil posten schade De Nederlandse Bank

Omdat De Nederlandsche Bank (DNB) andere definities hanteert voor de schade Zvw, zijn er aan de kostenverzamelstaat een aantal aansluitingsregels toegevoegd. Daarnaast gebruikt Zorginstituut Nederland deze regels als beleidsinformatie.

890.1 Opbrengstenverhaal

De te verhalen schade begrepen in de 'Uitkeringen zorgverzekeringsverplichtingen' in de Kwartaalrapportage Ziektekostenverzekeraars van DNB.

910 Schade ten laste van het vrijwillig eigen risico verzekerden

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

915 Schade ten laste van het verplicht eigen risico verzekerden

Het betreft de kosten die ten laste komen van het verplicht eigen risico van verzekerden. Deze kosten zijn opgenomen in rubriek 1 tot en met 16 in de opgave aan het Zorginstituut maar vormen geen onderdeel van de Kwartaalrapportage Ziektekostenverzekeraars van DNB. Zorgkosten die op grond van Art. 2.17 Besluit zorgverzekering buiten het verplicht eigen risico vallen neemt u hier niet op. Als een zorgverzekeraar in bepaalde gevallen het verplicht eigen risico van een verzekerde voor zijn eigen rekening neemt, dan moet de zorgverzekeraar de kosten hier wel verantwoorden.

920 Schade afhandelingskosten

Dit betreft de beheerskosten die zijn gemaakt bij de afhandeling van de schade. Bij DNB zijn de kosten van schadeafhandeling begrepen in de mutatie in de bruto schade en overige technische voorzieningen. In de balanspost Zorginstituut Nederland zijn alleen de zorgkosten opgenomen.

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 Zorginstituut moet in de balanspost uitsluitend een zo goed mogelijke schatting van de daadwerkelijk nog te ontvangen declaraties worden opgenomen.

4.4 Instellingen

DBC gefinancierde instellingen

Instellingen die na de invoering van DBC's in 2005 zijn overgegaan op DBC financiering

- 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
- met ingang van 2012: long/astma-instellingen (DBC-zorgproduct), productiesamenwerkingsverbanden (alleen overige zorgproducten)

Specificaties bij code 611 tot en met 618

- Academische ziekenhuizen
- Algemene ziekenhuizen, inclusief St. Maartenskliniek, oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en long/astma-instellingen
- Zelfstandige behandelcentra en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen
- Overige instellingen (centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra, audiologische centra, productiesamenwerkingsverbanden en incidenteel AWBZ-instellingen). Met ingang van 2014 is dit de categorie 'Overige zorgaanbieders'.

Zorginstituut Nederland publiceert geen lijst met AGB-codes meer. Wij geven in de formats alleen de NZa-codes. U kunt via servicedesk@vektis.nl een omnummeringstabel opvragen.

5 Aanvullende informatie risicoverevening

- 5.1 Beschrijving gegevensuitvraag i.h.k.v het uitvoeringsproces risicoverevening**
- 5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2013**
- 5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken 2014**
- 5.4 Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)**
- 5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's), somatisch**
- 5.6 Gegevensvraag DBC's GGZ**
- 5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde**
- 5.8 Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's)**
- 5.9 Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC)**

Aanvullende informatie risicoverevening

Hoofdstuk 5 gaat over de aanvullende gegevens die u, naast de kwartaal- en jaarstaten, in het kader van de risicoverevening moet aanleveren. In paragraaf 5.1 is een beschrijving opgenomen over de structurele gegevensuitvraag van Zorginstituut Nederland in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening. De paragrafen 5.2 tot en met 5.8 gaan over de specifieke gegevensvragen per verzekerde (verzekerde periode en persoonskenmerken T-1, persoonskenmerken T, farmaciegegevens, DBC-gegevens somatisch, DBC-gegevens GGZ, kosten per verzekerde en hulpmiddelengegevens). In deze versie van het handboek is de informatie opgenomen die afkomstig is uit de brief van Zorginstituut Nederland van 25 november 2013 (kenmerk 2013123286) over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2014.

In paragraaf 5.9 is informatie over de gegevensvraag hogekostencompensatie opgenomen. De toelichting op de HKC 2011 is afkomstig uit de brief van het Zorginstituut van 2 september 2013 (2013092967).

5.1 Beschrijving gegevensuitvraag i.h.k.v het uitvoeringsproces risicoverevening

In deze paragraaf is een beschrijving opgenomen over de gegevensuitvraag van Zorginstituut Nederland in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening

Inleiding

Doel en afbakening

Deze paragraaf heeft als doel om de informatiebehoefte van Zorginstituut Nederland te beschrijven in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening Zvw. De 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 paragraaf.

Indeling van de paragraaf

Deze paragraaf geeft enerzijds een beschrijving van de producten, die Zorginstituut Nederland genereert bij de uitvoering van de risicoverevening Zvw en anderzijds de gegevens die het Zorginstituut daarbij nodig heeft.

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

- De invalshoek waarbij de producten in een kalenderjaar worden vermeld (tabel 1).
- De invalshoek waarbij de producten ten behoeve van één vereveningsjaar worden vermeld (tabel 2).

De producten van Zorginstituut Nederland in een kalenderjaar (structurele situatie)

Gegeven de taken van Zorginstituut Nederland in het kader van de risicoverevening, kunnen zes formele producten worden onderscheiden die het Zorginstituut uitvoert in het kalenderjaar t. De volgorde in het kalenderjaar waarin het Zorginstituut deze producten uitvoert 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 Zorginstituut op de website (zorgcijfersdata) 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 door het Zorginstituut betaalde kosten buitenland in jaar t (voor 15 februari jaar t+1). Dit is een beschikking.
- 4 De eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 oktober jaar t+1). Dit is een beschikking.
- 5 De tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 oktober jaar t+3). Dit is een beschikking.
- 6 De definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 april jaar t+4). Dit is een beschikking.

Voor deze zes producten heeft het Zorginstituut gegevens nodig van zorgverzekeraars en andere partijen zoals de Belastingdienst en het UWV. Hierna zijn eerst enkele uitgangspunten beschreven die het Zorginstituut hanteert. Vervolgens is een tabel opgenomen met daarin de verschillende gegevensstromen die nodig zijn voor de producten die Zorginstituut Nederland in 2014 gaat uitbrengen.

Uitgangspunten ten aanzien van de gegevensaanlevering aan het Zorginstituut

- Bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t wordt uiteindelijk gebruik gemaakt van gegevens over jaar t. Uitzonderingen hierop zijn 1) de vereveningscriteria waarvoor gegevens over jaar t-1 worden gebruikt, te weten de FKG's, de DKG's, de HKG's en de lage en hoge drempelwaarde GGZ-kosten en 2) het vereveningscriterium MHK waarvoor gegevens over jaar t-1, t-2 en t-3 worden gebruikt.
- In principe worden de gegevens eenmalig aangeleverd over een bepaald jaar en zijn daarmee definitief, behoudens correcties van de NZa voor zover van toepassing. De

structurele uitzonderingen op de eenmalige aanleveringen zijn de kostengegevens in de jaarstaat en het bestand 'kosten per verzekerde'. De kostengegevens over jaar t worden in drie jaarstaten (jaarstaat t, t+1 en t+2) aangeleverd, waarbij de laatste aanlevering definitief is. Het bestand 'kosten per verzekerde' over jaar t wordt twee keer aangeleverd, een keer voorlopig in t+2 en definitief in t+3.

- Na de 1^e voorlopige vaststelling zijn de volgende gegevens definitief (behoudens correcties van de NZa): verzekerde perioden, de persoonskenmerken leeftijd, geslacht, viercijferige postcode en buitenlandindicatie, farmaciegegevens ten behoeve van FKG's, DBC-gegevens ten behoeve van DKG's, hulpmiddelegegevens ten behoeve van HKG's, adresgegevens van de belastingdienst ten behoeve van de bepaling van de gezinsgrootte (SES/PPA) en door Zorginstituut Nederland betaalde kosten buitenland. Alle reeds bekende correcties van de NZa worden meegenomen.
- Na de 2^e voorlopige vaststelling zijn de volgende gegevens definitief: gegevens aard van inkomen ten behoeve van AVI, inkomensgegevens ten behoeve van SES, gegevens kosten per verzekerde ten behoeve van MHK en LDR/HDR GGZ, opgave(n) hogekostencompensatie en de definitieve kosten jaar t in de jaarstaat t+2. Alle gegevens zijn inclusief correcties van de NZa, met uitzondering van de NZa-correcties op de definitieve kosten, die worden verwerkt bij de definitieve vaststelling. Daarnaast verwerkt het Zorginstituut bij de tweede voorlopige vaststelling de definitieve gegevens over de opbrengstverrekening van de NZa.
- 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 bij het Zorginstituut.

Tabellen gegevensaanlevering in relatie tot producten van Zorginstituut Nederland

In tabel 1 zijn de werkzaamheden in combinatie met de gegevensaanlevering in het kalenderjaar 2014 als uitgangspunt genomen. In tabel 2 is het vereveningsjaar 2014 als uitgangspunt genomen en zijn de producten die betrekking hebben op het vereveningsjaar 2014 gepresenteerd.

Op de horizontale as staan respectievelijk de gegevensstromen over verzekerden en kosten.

Op de verticale as staan de zes producten in het uitvoeringsproces van het Zorginstituut.

De eerste aanduiding betreft het verslagjaar of peildatum waarop de gegevens betrekking hebben. De aanduiding daaronder betreft het aanlevermoment van de gegevens aan het Zorginstituut.

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.

Tabel 1: Gegevensaanlevering in relatie tot producten van Zorginstituut Nederland in 2014

		GEGEVENS VOOR VERZEKERDENAANTALLEN							GEGEVENS OVER KOSTEN		
		Verzekerde periode en persoonskenmerken	Persoonskenmerken	Farmaciegegevens / Hulpmiddelen-gegevens	DBC gegevens	GGZ DBC-gegevens	Gegevens aard van inkomen (AVI)	Inkomens- en adresgegevens	Kosten per verzekerde	Kosten jaarstaat	Hoge kosten 4)
Nr	Producten in 2014	Zorgverzekeraar					UWV, BD, DUO	BD	Zorgverzekeraar		
1	Voorinformatie kosten buitenland via het Zorginstituut 2013 Voor 15 februari 2014	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	Betaalde kosten door het Zinl in 2013 1)	nvt
2	Herziening ex ante 2014 (Lenteherberekening) Voor 1 april 2014	nvt	2)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
3	Definitieve vaststelling 2010 Voor 1 april 2014	geen nieuwe gegevens				nvt	geen nieuwe gegevens	nvt	nvt	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens
4	2 ^e voorlopige vaststelling 2011 Voor 1 oktober 2014	geen nieuwe gegevens				nvt	Peildatum 30 juni 2011, juli 2014	Jaar 2010 en 2011 1 juni 2014	nvt	Def. Kosten 2011 in jaarstaat 2013, 1 mei 2014	Jaar 2011, 1 mei 2014
5	1 ^e Voorlopige vaststelling 2013 Voor 1 oktober 2014	Jaar 2013, 1 juni 2014 3)	nvt	geen nieuwe gegevens	Jaar 2012, 1 juni 2014	nvt	Peildatum 30 juni 2013, juli 2014	Adressen: jaar 2013, Inkomens: Jaar 2012 en eerder, 1 juni 2014	Kosten per verzekerde 2011 (def) en 2012 (vrl), 1 mei 2014	Vrl. Kosten 2013 in jaarstaat 2013, 1 mei 2014	nog geen gegevens beschikbaar
6	Ex-ante vaststelling en verzekerdenraming 2015 Voor 15 oktober 2014	nvt	Peildatum 1 mei 2014, 1 juni 2014	Jaar 2013, 1 juni 2014	Jaar 2012, 1 juni 2014	Jaar 2012 1 mei 2014 5)	Peildatum 30 juni 2013, juni 2014; DUO 1 okt. 2013	Jaar 2012 en eerder, 1 juni 2014	Kosten per verzekerde 2011 (def) en 2012 (vrl), 1 mei 2014	nvt	nvt

- 1) De schadegegevens t.b.v. de kosten buitenland via het Zorginstituut zijn afkomstig van het Zorginstituut zelf (afdeling Verzekering Zakelijk). De zorgverzekeraar is verplicht om deze gegevens te verantwoorden in zijn jaarstaat.
- 2) Voor de herziening van de ex ante wordt geen nieuw persoonskenmerkenbestand (per verzekerde) opgevraagd. Wel heeft het Zorginstituut het aantal verzekerden per verzekeraar nodig, dat wordt aangeleverd in de Kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2014.
- 3) Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2013 wordt het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013 (aanlevering in 2014) gebruikt en het bestand Persoonskenmerken 2013 (aangeleverd in 2013).
- 4) Op 1 mei 2014 moet de HKC opgave 2011 (somatisch en GGZ 18+) worden aangeleverd. Deze cijfers worden in 2014 verwerkt in de 2^e VV 2011 (incl. correcties NZa).
- 5) Als er in 2015 nieuwe vereveningscriteria worden ingevoerd, dan maakt het Zorginstituut gebruik van de reeds beschikbare opgaven of van bestanden van derden.

Tabel 2: Gegevensaanlevering in relatie tot producten van Zorginstituut Nederland m.b.t. vereveningsjaar 2014

		GEGEVENS VOOR VERZEKERDENAANTALLEN						GEGEVENS OVER KOSTEN			
		Verzekerde periode en persoonskenmerken	Persoonskenmerken	Farmaciegegevens / Hulpmiddelen gegevens	DBC gegevens (somatisch + GGZ)	Gegevens aard van inkomen (AVI)	Inkomens- en adresgegevens	Kosten per verzekerde	Kosten jaarstaat	Hoge kosten GGZ 18+ 3)	
Nr	Producten Zorginstituut over vereveningsjaar 2014	Zorgverzekeraar				UWV, BD, DUO	BD	Zorgverzekeraar			
1	Ex-ante vaststelling en verzekerdenraming 2014 Voor 15 oktober 2013	nvt	Peildatum 1 juni 2013, 1 juli 2013	Jaar 2012, 1 juni 2013 (farmacie)	Jaar 2011, 1 mei/juni 2013	Peildatum 30 juni (DUO okt.) 2012, juni 2013	Jaar 2011 en eerder, 1 juni 2013, adressen 2012	Kosten per verzekerde 2010 (def) en 2011 (vrl), 1 juni 2013	nvt	nvt	
2	Herziening ex ante 2014 (Lenteherberekening) Voor 1 april 2014	nvt	1)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	
3	Voorinformatie kosten buitenland via ZIN 2014 Voor 15 februari 2015	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	Betaalde kosten door het ZIN in 2014 (2)	nvt	
4	1 ^e Voorlopige vaststelling 2014 Voor 1 oktober 2015	Jaar 2014, 1 juni 2015	Peildatum 1 mei 2014, 1 juni 2014	Jaar 2013, 1 juni 2014	Jaar 2013, 1 juni 2015	Peildatum 30 juni 2014, juli 2015 (DUO peildatum 1 okt. 2014)	Adressen: 2014, inkomens: Jaar 2013 en eerder, 1 juni 2015	Kosten per verzekerde 2011 (def in 2014), 2012 (def in 2015) en 2013 (vrl in 2015)	Vrl. kosten 2014 in jaarstaat 2014, 1 mei 2015	nog geen gegevens beschikbaar	
5	2 ^e Voorlopige vaststelling 2014 Voor 1 oktober 2017	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	Peildatum 30 juni 2014, juli 2017	Jaar 2014 en eerder, 1 juni 2017	Kosten per verzekerde 2013 (def in 2016)	Def. kosten 2014 in jaarstaat 2016, 1 mei 2017	Jaar 2014, 1 mei 2017	
6	Definitieve vaststelling 2014 Voor 1 april 2018	geen nieuwe gegevens									

- 1) Voor de herziening ex ante wordt geen nieuw persoonskenmerkenbestand (per verzekerde) opgevraagd. Wel heeft het Zorginstituut het aantal verzekerden per zorgverzekeraar nodig, dat de zorgverzekeraar aanlevert in de Kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2014.
- 2) De schadegegevens t.b.v. de voorinformatie kosten buitenland, zijn afkomstig van het Zorginstituut zelf (afdeling Verzekering Zakelijk). De zorgverzekeraar is verplicht om deze gegevens te verantwoorden in zijn Jaarstaat.
- 3) Op 1 mei 2017 moet de HKC opgave 2014 worden aangeleverd voor kosten GGZ van verzekerden van 18 jaar en ouder. Deze cijfers worden in 2017 verwerkt in de 2^e VV 2014 (incl. correcties NZa).

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 2 als uitgangspunt genomen.

Nadere toelichting: gegevens over verzekerden

- **Verzekerde perioden**

Het Zorginstituut baseert de verzekerde perioden 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 Zorginstituut bepaalt op dagbasis de verzekerde periode per verzekerde per verzekerder. 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 juni 2015 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt om de verzekerde perioden te bepalen van verzekerden 2014, behoudens NZa-correcties.

- **Persoonskenmerken verzekerden met geverifieerd BSN**

De persoonskenmerken leeftijd (geboortemaand en -jaar), geslacht, viercijferige postcode en buitenlandindicatie vraagt het Zorginstituut eenmaal op in het Persoonskenmerkenbestand, met als peildatum 1 mei, en eenmaal in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken, over het hele jaar. Dit laatste bestand wordt per 1 juni t+1 opgevraagd.

Leeftijdbepaling

Voor de (ex ante) verzekerdenraming 2014 berekent het Zorginstituut de leeftijd per verzekerde. Voor deze raming gebruikt het Zorginstituut het persoonskenmerkenbestand 2013. De leeftijd wordt berekend op 31 mei 2013. Vervolgens wordt mede op basis van gegevens van het CBS, het aantal verzekerden per 1 juli 2014 geraamd naar leeftijd- en geslachtsklasse.

Voor de 1^e VV 2014 zijn het persoonskenmerkenbestand en het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' over het vereveningsjaar 2014 beschikbaar. De leeftijd wordt bij de vaststellingen bepaald op medio het vereveningsjaar, dus 30 juni 2014. Voor verzekerden die geboren zijn na 30 juni 2014, wordt de leeftijd op nul gesteld. Het Zorginstituut baseert de leeftijd en het geslacht op het Persoonskenmerkenbestand. Indien een verzekerde daarin niet voorkomt, dan wordt uitgeweken naar het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken over dat vereveningsjaar.

SES en PPA-classificatie

Voor de bepaling van het aantal personen op een adres ten behoeve van de sociaal economische status (SES) en de éénpersoonsadresindeling (PPA), gebruikt het Zorginstituut eerst de adresgegevens van de Belastingdienst, die zijn gepseudonimiseerd door ZorgTTP (adresleutel). Als een verzekerde niet voorkomt in het bestand van de Belastingdienst, dan wordt de adresleutel uit het Persoonskenmerkenbestand gebruikt. Als de verzekerde ook in het Persoonskenmerkenbestand ontbreekt, dan gebruikt het Zorginstituut de adresleutel uit het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken.

Regio-indeling

Voor de bepaling van de regio-indeling maakt het Zorginstituut gebruik van de viercijferige postcode in het Persoonskenmerkenbestand. Als de postcode en/of de verzekerde ontbreekt, dan gebruikt het Zorginstituut de postcode uit het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken. Als ook in dit bestand de postcode ontbreekt, dan deelt het Zorginstituut de verzekerde in in de klasse met ontbrekende postcodes.

Verzekerden met geverifieerd BSN die ontbreken in het persoonskenmerkenbestand
Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2014 bepaalt het Zorginstituut de kenmerken leeftijd, geslacht en postcode/regio door de verzekerden met een verzekerde periode in 2014 te koppelen aan het persoonskenmerkenbestand 2014. Wanneer het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014' verzekerden bevat die niet voorkomen in dat persoonskenmerkenbestand 2014, dan gebruikt het Zorginstituut het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014' om de kenmerken leeftijd, geslacht en postcode/regio te bepalen.

- **Persoonskenmerken verzekerden zonder (geverifieerd) BSN**
Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2014 baseert het Zorginstituut zich voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder (geverifieerd) BSN uitsluitend op het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014'.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Na 1 juni 2015 worden geen nieuwe gegevens gebruikt om de persoonskenmerken leeftijd, geslacht en regio voor 2014 te bepalen, dit afgezien van correcties NZa.

- **Farmacie- en hulpmiddelengegevens**
In de opgave voor de bepaling van de FKG's/HKG's betreft de zorgverzekeraar de ontvangen farmacie/hulpmiddelendeclaraties voor zorg verleend in het betreffende jaar. De FKG's/HKG's voor het vereveningsjaar 2014 worden bepaald op basis van de farmacie/hulpmiddelendeclaraties over het jaar 2013 (jaar t-1).

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Voor de bepaling van FKG's/HKG's voor het vereveningsjaar 2014 maakt het Zorginstituut gebruik van het farmaciedeclaratiebestand/hulpmiddelendeclaratiebestand over 2013 die op 1 juni 2014 moeten worden aangeleverd. Dit zijn definitieve aanleveringen; er worden geen nieuwe gegevens opgevraagd over 2013. De nadien ontvangen farmacie- en hulpmiddelendeclaraties over 2013 moeten wel worden meegenomen in de verantwoording van de kosten in de jaarstaat, maar leiden niet meer tot aanpassing van het aantal FKG/HKG-verzekerden in het vereveningsjaar 2014, dit afgezien van correcties NZa.

- **DBC-(zorgproduct)gegevens (somatisch en GGZ)**
In de opgaven voor de bepaling van de DKG's (somatisch en psychisch) betreft de zorgverzekeraar de ontvangen declaraties voor DBC's/DBC-zorgproducten die zijn geopend in het betreffende jaar. De DKG's voor het vereveningsjaar 2014 worden bepaald op basis van declaraties van DBC's/DBC-zorgproducten die zijn geopend in het jaar 2013 (jaar t-1). Bij de DKG's psychische aandoeningen betreft het Zorginstituut tevens het bestand kosten per verzekerde t-2 (onderdeel GGZ-kosten).

Consequenties van uitgangspunten en tabel

Het Zorginstituut baseert de DKG's voor het vereveningsjaar 2014 op het DBC/DBC-zorgproductdeclaratiebestanden over 2013, aan te leveren op 1 juni 2015. Dit zijn definitieve aanleveringen; er worden geen nieuwe gegevens opgevraagd over 2013. De nadien ontvangen declaraties van DBC's/DBC-zorgproducten geopend in 2013 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 vereveningsjaar 2014, dit afgezien van correcties NZa.

- **Gegevens aard van het inkomen (AVI)**
Het Zorginstituut ontvangt jaarlijks gegevens van het UWV en de Belastingdienst over jaar t, t-1 en t-2. Van DUO ontvangt het Zorginstituut gegevens over jaar t-1. De gegevens van het UWV bevatten per verzekerde informatie over alle arbeids- en

inkomstenverhoudingen en zijn door het UWV gegenereerd op de peildatum die het Zorginstituut aangeeft (27 januari jaar t, 30 juni jaar t-1 en 30 juni jaar t-2). De gegevens van de Belastingdienst bevatten per persoon informatie over de begin- en einddatum van alle zelfstandig ondernemerschappen. De gegevens van DUO bevat informatie over studenten met peildatum 1 oktober. Hiermee bepaalt het Zorginstituut tot welke AVI-klasse de verzekerde behoort. Voor de ex-ante 2014 is als peildatum 30 juni 2012 (DUO 1 oktober 2012) gebruikt. Bij de vaststellingen wordt de peildatum 30 juni (DUO 1 oktober) van het vereveningsjaar (2014) gehanteerd.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Bij elke vaststelling maakt het Zorginstituut gebruik van zo recent mogelijke bestanden. Na de 2^e voorlopige vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt.

- **Inkomensgegevens**

Het Zorginstituut ontvangt van de Belastingdienst in jaar t een bestand met adres- en inkomensgegevens over jaar t-1, t-2 en t-3. Als er geen inkomensgegevens van een verzekerde bekend zijn, gebruikt het Zorginstituut een inkomensbestand van een jaar eerder om een inkomen aan de verzekerde toe te wijzen. Vervolgens bepaalt het Zorginstituut met behulp van de adresleutel (eerst uit bestand Belastingdienst; indien daarin ontbrekend, dan uit persoonskenmerkenbestand), het gemiddelde inkomen per hoofd van een bepaald adres. Dit is de basis voor de bepaling van de Sociaal Economische Status (SES).

Bij de ex ante 2014 heeft het Zorginstituut gebruik gemaakt van inkomensgegevens van 2011 en 2010. Bij de 1^e voorlopige vaststelling jaar 2014 zijn er nog niet voldoende inkomensgegevens beschikbaar over 2014 en maakt het Zorginstituut gebruik van gegevens over 2013, en zo nodig eerdere jaren.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2013 wordt gebruik gemaakt van (een) zo recent mogelijk(e) bestand(en) over een zo recent mogelijk jaar. Bij de 2^e voorlopige vaststelling 2014 wordt gebruik gemaakt van het bestand over 2014 en zo nodig over 2013. Na de 2^e voorlopige vaststelling 2014 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt.

- **Gegevens kosten per verzekerde**

In de opgave kosten per verzekerde betreft de zorgverzekeraar de ontvangen declaraties voor zorg verleend in het betreffende jaar en voor DBC's/DBC-zorgproducten die zijn geopend in het betreffende jaar.

Het bestand wordt gebruikt voor de bepaling van de verzekerdenindeling voor de criteria GGZ-kosten lage drempel (t-1), DKG's psychische aandoeningen (t-2) en voor meerjarig hoge kosten (MHK) (t-1, t-2 en t-3).

GGZ lage drempelklasse

De aantallen voor het criterium GGZ-kosten lage drempel voor het vereveningsjaar 2014 bepaalt het Zorginstituut op basis van de GGZ-kosten per verzekerde over 2013 (t-1), dit in samenhang met al dan niet een positieve DKG psychische aandoeningen.

Bij de ex ante 2014 heeft het Zorginstituut gebruik gemaakt van de GGZ-kosten per verzekerde over 2011. Bij de 1e voorlopige vaststelling 2014 baseert het Zorginstituut deze aantallen op de voorlopige opgave kosten per verzekerde 2013. Bij de 2^{de} voorlopige vaststelling 2014 baseert het Zorginstituut zich op het definitieve bestand kosten per verzekerde 2013. Na de 2^e voorlopige vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt.

Meerjarig hoge kosten (MHK; somatisch)

Het criterium 'meerjarig hoge kosten' voor het vereveningsjaar 2014 is gebaseerd op (somatische) kosten per verzekerde in de jaren 2011, 2012 en 2013.

Voor de verzekerdenraming ten behoeve van de ex ante 2014 heeft het Zorginstituut gebruik gemaakt van 'kosten per verzekerde' 2009, 2010 en 2011 en de prevalentie per MHK-klasse per L15G uit de OT 2014.

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2014 maakt het Zorginstituut gebruik van de opgaven 'kosten per verzekerde' 2010, 2011 en 2012. Voor de jaren 2010 en 2011 zijn deze bestanden definitief. Bij de 2^{de} voorlopige vaststelling 2013 vervangt het Zorginstituut het voorlopige bestand over 2012 door het definitieve bestand.

Na de 1^e voorlopige vaststelling 2013 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt over 2010 en 2011. Na de 2^e voorlopige vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt.

Nadere toelichting: gegevens over kosten (jaarstaat en hogekostencompensatie)

- **Voorlopige kosten over jaar t**

In de jaarstaat jaar t verantwoordt de verzekeraar de verwachte kosten over jaar t en de nadere specificaties van de kosten die nodig zijn voor de verdeling van de kosten naar de deelbijdragen. In 2014 betreft het de deelbijdragen vaste zorgkosten, variabele kosten medisch-specialistische zorg, geneeskundige GGZ-kosten (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en overige prestaties.

De jaarstaat 2014 wordt opgevraagd per 1 mei 2015. Voor de ultimo 2014 nog te ontvangen declaraties over 2014, neemt u een raming op (balansposten).

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

De voorlopige kosten over 2014 (de som van de ultimo 2014 ontvangen declaraties over 2014 en de raming van de ultimo 2014 nog te ontvangen declaraties over 2014) betreft het Zorginstituut bij de 1^e voorlopige vaststelling over 2014 in 2015.

- **Definitieve kosten over jaar t**

In de jaarstaat t+2 verantwoordt u de definitieve kosten over jaar t en de nadere specificaties van de kosten die nodig zijn voor de verdeling van de kosten naar de deelbijdragen. De definitieve kosten over 2014 verantwoordt u in de jaarstaat 2016, die u aanlevert op 1 mei 2017. Er mag geen balanspost worden verantwoord.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Bij de 2^e voorlopige vaststelling over 2014 in 2017 betreft het Zorginstituut de definitieve kosten over 2014 op basis van de jaarstaat 2016 (de in 2014 en 2015 ontvangen declaraties over 2014 en de in 2016 ontvangen declaraties over 2014 en ouder). Bij de definitieve vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt, maar verwerkt het Zorginstituut uitsluitend nog correcties van de NZa op de definitieve kosten 2014 in de jaarstaat 2016.

- **Hoge kosten**

Voor 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 mei t+3.

In het vereveningsjaar 2014 is er alleen sprake van een HKC voor het deelbedrag 'GGZ-kosten (verzekerden van 18 jaar en ouder)'.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Declaraties over 2014 die na 31 december 2016 zijn ontvangen lopen niet mee in de hogekostencompensatie van 2014 (en ook niet van een later jaar).

5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken

In paragraaf 5.2 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2013. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2014 van 25 november 2013 (kenmerk 2013123286).

Deze gegevensvraag bestaat 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.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd.

In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

Gebruik van de gegevens

Bij de 1^e en 2^e voorlopige en de definitieve vaststelling 2013 baseert Zorginstituut Nederland zich voor de bepaling van het aantal verzekerden Zvw en de verzekerde periode uitsluitend op de gegevens in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013 dat op 1 juni 2014 moet worden aangeleverd. Dit geldt zowel voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden met BSN als voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN.

Voor de persoonskenmerken (leeftijd, geslacht, de 4 cijfers van de postcode en buitenlandindicatie) van de verzekerden 2013 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich in eerste instantie op het bestand persoonskenmerken op de peildatum van 1 juni 2013 en vervolgens op het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013'.

Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013'.

Op te leveren gegevens

In de opgave moet u alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden betrekken die in (een gedeelte van) het jaar 2013 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;

- 1 Postcode woonadres, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters);
- 2 Huisnummer woonadres, indien Nederlands ingezetene;
- 3 Huisnummertoevoeging woonadres, indien Nederlands ingezetene;
- 4 Geboortjaar en -maand;
- 5 Geslacht;
- 6 Identificatie buitenland;
- 7 Begindatum verzekering;
- 8 Einddatum verzekering;
- 9 Fractie verzekerde periode in 2013.

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.

Woonadres, indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetenen)

U geeft (uitsluitend) het meest recente adres op van Nederlands ingezetenen. 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 adressleutel 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 gaat om niet-ingezetenen met een woonadres in het buitenland (Identificatie buitenland moet in dat geval gecodeerd zijn met 2), dan neemt u bij de items woonadres spaties op (een verblijfsadres in Nederland is geen woonadres in Nederland en dus spaties).

Woonadres en Identificatie buitenland

Zoals hiervoor is beschreven baseert het Zorginstituut 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.

Van dit eerste deelbestand vindt u de record lay-out en een verdere toelichting in hoofdstuk 7.

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 (codering 1) dan wel zonder een geverifieerd BSN (codering 2), per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Uniek volgnummer;
- 2 Postcode woonadres (uitsluitend 4 cijfers), indien Nederlands ingezetene;
- 3 Geboortejaar en -maand;
- 4 Geslacht;
- 5 Begindatum verzekering;
- 6 Einddatum verzekering;
- 7 Fractie verzekerde periode in 2013;
- 8 Motivatie waarom op het aanlevermoment 1 juni 2014 een (geverifieerd) BSN voor de verzekerde periode(n) in jaar 2013 ontbreekt en er wel recht is op verzekering.

Het excelformat voor dit tweede deelbestand vindt u aan het einde van deze paragraaf. Voor een nadere toelichting op de gegevens die hetzelfde zijn als in het deelbestand met verzekerden met geverifieerd BSN, verwijs ik u naar de bestandspecificatie in hoofdstuk 7. Opname van verzekerden in het bestand moet gemotiveerd worden.

Relatie BSN en verzekeringsplicht

Bij een verzoek om een Zvw-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 Zvw. 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 Zvw-verzekeringsplichtigen beschikken in beginsel over een BSN. Op grond van artikel 86, eerste lid Zvw neemt de zorgverzekeraar het BSN van zijn verzekerden in zijn administratie op. Bovendien moet een verzekerde op grond van artikel 4, eerste lid, van de Zvw het BSN aan de zorgverzekeraar aanleveren. Het Zorginstituut is daarom van mening dat er alle aanleiding is om een verzoek om Zvw-verzekering waarbij geen BSN kan worden overlegd zeer kritisch te bezien. De zorgverzekeraar zal zich extra moeten inspannen om de verzekeringsplicht vast te stellen.

Uitvoering risicoverevening

Algemene regel is dat de zorgverzekeraar uitsluitend een vereveningsbijdrage ontvangt voor verzekerden met een geverifieerd BSN, die zijn opgenomen in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken mét BSN over het vereveningsjaar T, aanleverdatum 1 juni T+1. De

zorgverzekeraar moet zich inspannen om het BSN van een verzekerde tijdig te verkrijgen en te verifiëren zodat verzekerden volledig in de risicoverevening kunnen worden betrokken. In theorie kunnen zich twee 'problemen' voordoen waardoor de zorgverzekeraar geen bijdrage ontvangt voor een verzekerde, namelijk als er bij aanlevering van het bestand Verzekerd 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 er sprake is van een uitzonderingssituatie en is voldaan aan de voorwaarden, dan moet u de betreffende verzekerde opnemen in het deelbestand Verzekerde periode en persoonskenmerken, verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN over het vereveningsjaar T, aanleverdatum 1 juni T+1. Die verzekerden betreft het Zorginstituut alsnog bij de risicoverevening, zij het met een bijdrage die uitsluitend gebaseerd is op de kenmerken leeftijd, geslacht en regio (indien woonachtig in Nederland).

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

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

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

Van de verzekerden die u in het bestand opneemt moeten alle gevraagde gegevens zijn vermeld en moet de motivatie voldoende zijn.

De zorgverzekeraars doen er goed aan om

- ingezetenen te wijzen op hun plicht om zich bij een gemeente in te schrijven (wat leidt tot opname in de 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 pasgeborenen in Nederland op te nemen. De periode na afloop van het verzekeringsjaar tot de aanleverdatum van het bestand over dat jaar is ruim genoeg.

Verzekerden zonder BSN

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

- In het buitenland geboren, verzekeringsplichtige gezinsleden (kinderen) van naar het buitenland uitgezonden verzekeringsplichtige ambtenaren of van in het buitenland gedetacheerde, verzekeringsplichtige werknemers. Bij detachering geldt het volgende voor de verzekeringsplicht van gezinsleden:
 - detachering in een EU land waarmee Nederland een ziektekostenregeling heeft: alleen bij verblijf korter dan één jaar zijn gezinsleden verzekeringsplichtig
 - detachering in een land waarmee Nederland een verdrag heeft zonder ziektekostenregeling: gezinsleden zijn verzekeringsplichtig afhankelijk van de afspraken in het verdrag met het betreffende land. Verzekeringsplicht is alleen geregeld in de verdragen met de landen Australië, Canada, inclusief Quebec, Israël,

Verenigde Staten, Zuid Korea en India

- bij detachering in Noorwegen zijn gezinsleden verzekeringplichtig;
- Verzekeringplichtige gezinsleden van in Nederland gedetacheerde werknemers. Echter, indien langdurig woonachtig in Nederland, ligt inschrijving in GBA en dus een BSN in de rede;
- Baby's die kort geleefd hebben;
- Beschermd getuige: een verzekeringplichtige die wel een BSN heeft maar dat niet kenbaar mag maken; in de praktijk is er dan geen BSN.

Verzekerden zonder (geverifieerd) BSN

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

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

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- Aanleverdatum van het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken is vervroegd van 1 juli naar 1 juni.
- De tekst van de bestuursverklaring is gewijzigd, zie ook het begin van deze paragraaf.

Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2013

In de cellen D10 t/m D13 kunt u ook een formule invoeren.

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

Verzekerde	1= geen BSN 2= niet geverifieerd BSN	Postcode (4 cijfers)	Geboortejaar en -maand (EEJJMM)	Geslacht (1=man, 2=vrouw)	Begindatum verzekering (EEJJMMDD)	Einddatum verzekering (EEJJMMDD)	Fractie verzekerde periode in 2013	Motivatie
Verzekerde 1								
Verzekerde 2								
Verzekerde 3								
Verzekerde 4								
Verzekerde 5								
Verzekerde 6								
Verzekerde 7								
Verzekerde 8								
Verzekerde 9								
Verzekerde 10								
Verzekerde 11								
Verzekerde 12								
Verzekerde 13								
Verzekerde 14								
Verzekerde 15								
Verzekerde 16								
Verzekerde 17								
Verzekerde 18								
Verzekerde 19								
Verzekerde 20								
Verzekerde 21								
Verzekerde 22								
Verzekerde 23								
Verzekerde 24								
Verzekerde 25								
Verzekerde 26								
Verzekerde 27								
Verzekerde 28								
Verzekerde 29								
Verzekerde 30								
Verzekerde 31								
Verzekerde 32								
Verzekerde 33								
Verzekerde 34								
Verzekerde 35								
Verzekerde 36								
Verzekerde 37								
Verzekerde 38								
Verzekerde 39								
Verzekerde 40								
Verzekerde 41								
Verzekerde 42								
Verzekerde 43								
Verzekerde 44								
Verzekerde 45								
Verzekerde 46								
Verzekerde 47								
Verzekerde 48								
Verzekerde 49								
Verzekerde 50								

Bestuursverklaring bij de bestanden Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013

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 deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013' met *verzekerden met geverifieerd BSN*, met bestandsnaam(conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie en

op(datum) het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013' met *verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN*, met bestandsnaam(conform specificatie Zorginstituut) heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

In de twee deelbestanden tezamen zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die in 2013 verzekerd waren bij
(verkorte naam zorgverzekeraar in 2013) met UZOVI-nummer(in 2013).

In het deelbestand met *verzekerden met geverifieerd BSN* zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) geboortejaren en -maanden;
..... (som) fracties verzekeringsperiode.

In het deelbestand met *verzekerden zonder (geverifieerd) BSN* zijn opgenomen:

..... (aantal) detailrecords met *verzekerden zonder BSN* met totaal
..... (som) fracties verzekeringsperiode;
..... (aantal) detailrecords met *verzekerden zonder geverifieerd BSN* met totaal
..... (som) fracties verzekeringsperiode.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat de bestanden 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013' aan het Zorginstituut/ZorgTTP zijn aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in de twee deelbestanden 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut 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 Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe de bestanden 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013' tot stand gekomen zijn;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2014 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken

In paragraaf 5.3 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag persoonskenmerken 2014. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2014 van 25 november 2013 (kenmerk 2013123286).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd.

In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

Gebruik van de gegevens

Zorginstituut Nederland gebruikt het persoonskenmerkenbestand 2014 onder andere bij de ex-ante 2015. Bij de 1^e en 2^e voorlopige en de definitieve vaststelling 2014 baseert het Zorginstituut zich voor de bepaling van het aantal verzekerden Zvw en de verzekerde periode uitsluitend op de gegevens in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014' dat op 1 juni 2015 moet worden aangeleverd. Dit geldt zowel voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden met BSN als voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN.

Voor de persoonskenmerken leeftijd, geslacht, de 4 cijfers van de postcode en de identificatie buitenland van de verzekerden 2014 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich in eerste instantie op het bestand persoonskenmerken op peildatum 1 mei 2014 en vervolgens op het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014'.

Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014'.

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

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 1 mei 2014.

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

Geverifieerd BSN/sofinummer;

- 1 Postcode woonadres, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters);
- 2 Huisnummer woonadres, indien Nederlands ingezetene;
- 3 Huisnummertoevoeging woonadres, indien Nederlands ingezetene;
- 4 Geboortjaar en -maand;
- 5 Geslacht;
- 6 Identificatie buitenland.

In hoofdstuk 7 van dit handboek is een bestandsspecificatie opgenomen.

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

In dit bestand 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.

Woonadres, indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetenen)

U geeft (uitsluitend) het meest recente adres op van Nederlands ingezetenen. 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 adressleutel 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 gaat om niet-ingezetenen met een woonadres in het buitenland (Identificatie buitenland moet in dat geval gecodeerd zijn met 2), dan neemt u bij de items woonadres spaties op (een verblijfsadres in Nederland is geen woonadres in Nederland en dus spaties).

Woonadres en Identificatie buitenland

Zoals hiervoor is beschreven baseert het Zorginstituut 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

- Aanleverdatum van het bestand Persoonskenmerken is vervroegd van 1 juli naar 1 juni. Het peilmoment is hiermee ook vervroegd, van 1 juni naar 1 mei.
- De tekst van de bestuursverklaring is gewijzigd, zie ook het begin van deze paragraaf.

Bestuursverklaring bij het bestand persoonskenmerken 2014

*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 'persoonskenmerken 2014' met bestandsnaam(conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die op 1 mei 2014 verzekerd zijn bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2014) met UZOVI-nummer(in 2014) en van wie het BSN is geverifieerd.

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) geboortejaren en -maanden.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'persoonskenmerken 2014' aan het Zorginstituut/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'persoonskenmerken 2014' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut 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 Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'persoonskenmerken 2014' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2014 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie persoonskenmerken 2014:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

5.4 Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)

In paragraaf 5.4. is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag farmacie kostengroepen 2013. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2014 van 25 november 2013 (kenmerk 2013123286).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa (waaronder de uitvoering van formele en materiële controles) zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd. In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

Gebruik van de gegevens

Binnen het risicovereveningsmodel zijn de FKG's één van de verdeelcriteria. Om de normatieve bijdrage van een zorgverzekeraar te kunnen vaststellen, bepaalt Zorginstituut Nederland voor elke zorgverzekeraar per FKG de verzekerdenjaren.

Om te bepalen of een verzekerde tot een FKG wordt gerekend, worden de aangeleverde farmaciedeclaraties gekoppeld aan zogenoemde FKG DDD-referentiebestanden. Op basis van deze DDD-referentiebestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de farmaciedeclaraties en het aantal verzekerden per FKG bij benadering berekenen. De FKG DDD-referentiebestanden worden per vereveningsjaar aangemaakt op basis van het ATC-referentiebestand. Eind september 2014 stelt het Zorginstituut de volgende referentiebestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: (1) het ATC-referentiebestand vereveningsjaar 2015 en het bijbehorende ex ante DDD-referentiebestand en (2) het ex post DDD-referentiebestand vereveningsjaar 2013. Voor elk vereveningsjaar worden voor het FKG-model 'somatische zorg' en 'geneeskundige GGZ' aparte ATC- en DDD-referentiebestanden beschikbaar gesteld.

De FKG-DDD-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-DDD-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 gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau van geneesmiddelen, die zijn afgeleverd in 2013 in het kader van de Zvw, voor zover u die gegevens de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Voor alle verzekerden Zvw (aan wie in 2013 geneesmiddelen zijn afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen) geeft u, per receptregel, de volgende gegevens op:

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

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

In hoofdstuk 7 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.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- Er zijn enkele tekstuele aanpassingen in de omschrijving van de rubrieken in de bestandsspecificatie.
- De tekst van de bestuursverklaring is gewijzigd, zie ook het begin van deze paragraaf.

Bestuursverklaring bij het bestand farmaciegegevens 2013

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 'farmaciegegevens 2013' met bestandsnaam
.....(conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg
TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van geneesmiddelen met een totaal schadebedrag¹ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2013 verzekerd waren bij
..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2013) met UZOVI-nummer
.....(in 2013).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

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

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'farmaciegegevens 2013' aan het Zorginstituut/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'farmaciegegevens 2013' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut 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 Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'farmaciegegevens 2013' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2014 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

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

Naam:

Datum: Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie farmaciegegevens 2013:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's)

In paragraaf 5.5 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag diagnose kostengroepen. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2014 van 25 november 2013 (kenmerk 2013123286).

In de brief van 23 januari 2014 (kenmerk 201408698) bent u geïnformeerd over een aanpassing van de record lay-out. Bij de aanlevering van de opgave DBC's somatisch 2012 op 1 juni 2014 is record lay-out versienummer 201203 van toepassing, met in het detailrecord tevens de diagnosecode van het DBC zorgproduct.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa (waaronder de uitvoering van formele en materiële controles) zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd. In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

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. Zorginstituut Nederland bepaalt de verzekerdenjaren 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 Zorginstituut de DKG-verzekerden.

Op te leveren gegevens

De uitvraag van DBC's heeft betrekking op alle declaraties van DBC's die in 2012 zijn geopend en die vallen onder de aanspraken medisch specialistische zorg (exclusief geestelijke gezondheidszorg) conform de Zvw 2012. 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 overige producten neemt u in de opgave niet mee. Uitsluitend het moment van opening van het subtraject is bepalend voor de opgave. U betreft alle ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau in het bestand die u gegeven de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties. Bovendien corrigeert u de declaraties niet voor de opbrengstverrekening, voor zover van toepassing. Bij het schadebedrag neemt u het bedrag van de declaratie op, zonder verrekening als gevolg van lumpsum-, plafondafspraken etc.

Voor alle verzekerden Zvw (voor wie in 2012 een DBC is geopend en een declaratie is ontvangen) geeft u, per DBC, de volgende gegevens op:

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

In het sluitrecord moet een som 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 7 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.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- Als gevolg van de invoering van de DOT systematiek zijn in de bestandsspecificatie een aantal tekstuele aanpassingen gedaan en is de DBC prestatiecode (12 posities) vervangen door de DBC-zorgproductcode (9 posities).
- De tekst van de bestuursverklaring is gewijzigd, zie ook het begin van deze paragraaf.
- De diagnosecode is afzonderlijk opgenomen in de opgave.

Bestuursverklaring bij het bestand DBC-gegevens somatisch 2012

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 somatisch 2012' met bestandsnaam (conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van DBC subtrajecten, geopend in 2012, met een totaal schadebedrag² van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2012 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2012) met UZOVI-nummer(in 2012).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

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

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2012' aan het Zorginstituut/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2012' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut 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 Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2012' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2014 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

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

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie DBC-gegevens somatisch 2012:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

5.6 Gegevensvraag DBC's GGZ

Paragraaf 5.6 geeft informatie over de gegevensvraag DBC's GGZ 2012.
Het bestand levert u aan met alleen een bestuursverklaring.

Het gebruik van de gegevens

Ten behoeve van de verzekerdenraming 2015 vraagt Zorginstituut Nederland in 2014 een bestand DBC's GGZ 2012 op.

Op te leveren gegevens

De uitvraag van DBC's heeft betrekking op alle declaraties van DBC's (behandeling) GGZ die in 2012 zijn geopend, inclusief de gedeclareerde deelprestaties 24-uursverblijf, en die vallen onder de aanspraken geestelijke gezondheidszorg conform de Zvw 2012. DBC's die worden vergoed op basis van de aanvullende verzekering neemt u dus niet in de opgave op. Ook declaraties van overige prestaties GGZ neemt u niet op. Uitsluitend het moment van opening van de DBC is bepalend voor de opgave. U betreft alle ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau in het bestand die u gegeven de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** toegestaan 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 in 2012 een DBC GGZ is geopend en een declaratie is ontvangen en gecontroleerd, geeft u per DBC (behandeling), de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN/sofinummer;
- 2 Prestatiecode DBC;
- 3 Declaratiecode;
- 4 Maand van opening van de DBC;
- 5 Indicatie debet credit;
- 6 Schadebedrag in centen.

Deelprestaties 24-uurs verblijf

In de DBC prestatiecode is niet meer de aanduiding voor verblijf opgenomen. Daarom neemt u afzonderlijke detailrecords op als er bij de DBC (behandeling) ook (een of meer) deelprestaties voor 24-uurs verblijf zijn gedeclareerd (één detailrecord per deelprestatie). In deze records hebben de declaratiecode en het schadebedrag betrekking op de betreffende deelprestatie voor 24-uurs verblijf. De overige gegevens in deze records zijn hetzelfde als in het record voor de DBC (behandeling) waar de deelprestatie(s) bij hoort/horen.

De deelprestaties 24-uursverblijf zijn de deelprestaties verblijf GGZ A t/m G in de tariefbeschikking DBC GGZ voor het jaar 2012 van de NZa.

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

In hoofdstuk 7 van dit handboek is een bestandsspecificatie met een toelichting van dit bestand opgenomen.

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

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend gegevens GGZ 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.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Bij een DBC's (behandeling) waarbij sprake is van 24-uurs verblijf neemt u meerdere records op. Zie ook hierboven en de bestandsspecificatie in hoofdstuk 7.

Bestuursverklaring bij het bestand DBC-gegevens GGZ 2012

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

Het bestuur van

..... (zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'DBC-gegevens GGZ 2012' met bestandsnaam(conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de ontvangen declaraties van DBC's GGZ, geopend in 2012, inclusief de declaraties van de deelprestaties 24-uursverblijf, met een totaal schadebedrag³ van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2012 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2012) met UZOVI-nummer(in 2012).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

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

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'DBC-gegevens GGZ 2012' aan het Zorginstituut/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring papier aan het Zorginstituut is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens GGZ 2012' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut 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 Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'DBC-gegevens GGZ 2012' 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:

³ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Aanvullende informatie DBC-gegevens GGZ 2012:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde

5.7.1 Gegevensvraag kosten per verzekerde 2011

5.7.2 Gegevensvraag kosten per verzekerde 2012

Paragraaf 5.7 geeft informatie over de gegevensvraag Kosten per verzekerde.

In 2014 vraagt Zorginstituut Nederland twee bestanden op met kosten over 2011 (5.7.1) en 2012 (5.7.2). Het bestand over 2011 moet met een accountantsproduct worden aangeleverd. Het bestand over 2012 moet met alleen een bestuursverklaring aangeleverd worden.

Bij de aan te leveren gegevens kosten per verzekerde 2011 moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa (waaronder de uitvoering van formele en materiële controles) zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd.

In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

5.7.1 Gegevensvraag kosten per verzekerde 2011

Het gebruik van de gegevens

Voor de criteria MHK, kosten geneeskundige GGZ LDR en HDR, vraagt Zorginstituut Nederland bestanden op met kosten per verzekerde. Het criterium MHK is gebaseerd op kosten per verzekerde in de drie jaren voorafgaand aan het vereveningsjaar. Afhankelijk van de hoogte van de kosten van een verzekerde in deze drie jaren ten opzichte van alle Zvw-verzekerden in die jaren, vindt er per verzekerde een indeling plaats in één van de MHK-klassen. In 2013 heeft het Zorginstituut ten behoeve van de ex ante raming 2014 een voorlopig bestand over 2011 opgevraagd met zoveel mogelijk declaraties over 2011. In 2014 vraagt het Zorginstituut het definitieve bestand over 2011 op en tevens het voorlopige bestand over 2012.

De criteria LDR en HDR zijn gebaseerd op kosten GGZ per verzekerde in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Het definitieve kosten per verzekerde bestand 2011 wordt voor de LDR en HDR gebruikt bij de 2e voorlopige vaststelling 2012 en de definitieve vaststelling 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. Er zijn een paar verschillen met de HKC definities, zie hieronder.

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2011 een of meer declaratie(s) is(zijn) ontvangen, geeft u, per verzekerde, 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';
- 5 Schadebedrag 'GGZ'.

Zowel de variabele kosten ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische hulp als de kosten GGZ corrigeert u voor de opbrengstverrekening. De methodiek is hetzelfde als bij de HKC opgave, namelijk met behulp van verrekenpercentages per instelling van de NZa.

In de opgave over 2011 betreft u uitsluitend de tot en met 31 december 2013 ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau voor de in 2011 verleende hulp en de in 2011 geopende DBC's.

HKC definitie schadebedrag

Uitgangspunt is de HKC definitie van het schadebedrag. De brief met de inrichtingseisen HKC 2011 is verstuurd op 2 september 2013 (2013092967) en is ook opgenomen in dit Handboek, paragraaf 5.9. Er zijn een paar verschillen.

De schade in het Kosten per verzekerde bestand betreft 100% van de HKC-kosten per verzekerde (i.p.v. 90% in de HKC opgave) en het betreft de kosten van alle verzekerden (i.p.v. alleen de kosten van verzekerden die in de HKC zijn/worden ingebracht).

Daarnaast geldt dat u, in tegenstelling tot de opgave HKC 2011, in het Kosten per verzekerde bestand 2011 ook de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland per verzekerde meeneemt. Voor meer informatie hierover zie verder.

Voor het schadebedrag GGZ geldt dat in het Kosten per verzekerde bestand, in tegenstelling tot de HKC, ook de kosten van verzekerden jonger dan 18 jaar moeten worden opgenomen.

Kosten buitenland via Zorginstituut Nederland

Met ingang van het Kosten per verzekerde bestand 2011 neemt u ook kosten buitenland via Zorginstituut Nederland per verzekerde mee.

Als kosten 2011 neemt u mee: de kosten met transactiejaar 2011 die voorkomen op de declaraties kosten buitenland via Zorginstituut Nederland die u vanaf 1 januari 2013 van het Zorginstituut ter goedkeuring heeft ontvangen. Als u al eerder kosten buitenland via Zorginstituut Nederland per verzekerde heeft vastgelegd, mag u deze dus NIET meenemen. U verdeelt de vastgelegde kosten buitenland via Zorginstituut Nederland per verzekerde 2011

als volgt naar de vier schadebedragen: 15% B DBC's, 30% variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, 10% GGZ en 35% schadebedrag overige prestaties. Dus 10% van de kosten mag u in het 'kosten per verzekerde' bestand niet meenemen, want dit zijn volgens de regeling vaste kosten ziekenhuisverpleging. Wat betreft de valutakoersen heeft u de keuze uit de koers op het moment dat u de nota in uw systeem vastlegt of de koers op het moment dat het Zorginstituut tot uitbetaling van de nota overgaat. Het Zorginstituut geeft u deze keuze ter voorkoming van onnodige administratieve lasten.

In uw opgaven van de HKC van 2011 (somatisch en GGZ-18+) mag u de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland NIET meenemen. Op grond van de ministeriële regeling 2011 corrigeert het Zorginstituut uw HKC-opgaven voor deze kosten. Dit geeft dus een verschil in alle schadedefinities tussen uw 'kosten per verzekerde-bestand 2011' en uw HKC-opgaven 2011.

In hoofdstuk 7 van dit handboek is een bestandsspecificatie met een toelichting van dit bestand opgenomen. Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het 'kosten per verzekerde' 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.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- Aanleverdatum van het bestand Kosten per verzekerde is vervroegd van 1 juni naar 1 mei.
- In het bestand over 2011 neemt u voor het eerst ook kosten buitenland via Zorginstituut Nederland per verzekerde mee.
- Aangezien u in 2013 ook al een bestand kosten per verzekerde over 2011 heeft aangeleverd, moet u bij de aanlevering in 2014 van het bestand kosten per verzekerde over 2011 in de bestandsnaam een hoger versienummer hanteren.
- De tekst van de bestuursverklaring is gewijzigd, zie ook het begin van deze paragraaf.

5.7.2 Gegevensvraag kosten per verzekerde 2012

Op te leveren gegevens

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2012 een of meer declaratie(s) is(zijn) ontvangen, geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN/sofinummer;
- 2 Schade bedrag 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische hulp';
- 3 Schadebedrag 'overige prestaties';
- 4 Schadebedrag 'DBC-zorgproducten vrije segment';
- 5 Schadebedrag 'GGZ'.

Zowel de variabele kosten ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische hulp als de kosten GGZ corrigeert u, voor zover van toepassing, met behulp van verrekenpercentages per instelling van de NZa, voor de opbrengstverrekening.

U neemt in het bestand kosten per verzekerde 2012 geen verrekeningen op met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.

In de opgave over 2012 neemt u zoveel mogelijk ontvangen declaraties mee gegeven de aanleverdatum van 1 mei 2014.

Schadedefinities

Hierbij worden de rubriek- en codenummers genoemd die voor de betreffende kosten gelden in de kwartaal- en jaarstaten Zvw (dit overzicht sluit aan op het nacalculatieschema Zvw 2012 dat u op de Zorginstituut-site kunt vinden, maar dan exclusief kosten SKMS en rubriek 16).

Voor het schadebedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische hulp geldt de volgende definitie:

- 1 100% van de kosten en honoraria specialisten mondziekten en kaakchirurgie (code 545);
- 2 75% van de overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg, exclusief de kosten van eerstelijnsdiagnostiek (deel code 610);
- 3 75% van de kostencomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de kostencomponent van expertproducten (deel van code 613). U corrigeert de tarieven van epilepsie centra, long/astma-instellingen en het Beatrixoord eerst met de verrekenpercentages 2012 (zie boven);
- 4 100% van de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de honorariumcomponent van expertproducten en van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 614);
- 5 75% van de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 614);
- 6 100% van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten, inclusief de kosten van verpleging in de thuissituatie en exclusief de kosten van eerstelijnsdiagnostiek en de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 617);
- 7 75% van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 617);
- 8 100% van de kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen, exclusief de kosten van hemostatica en de kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 618);
- 9 75% van de kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 618);
- 10 75% van de kostencomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de kostencomponent van expertproducten, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
- 11 100% van de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de honorariumcomponent van expertproducten, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
- 12 100% van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten en overige trajecten en verrichtingen, exclusief de kosten van eerstelijnsdiagnostiek, gedeclareerd

- door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
- 13 15% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15, deel van code 720);
 - 14 10% van de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland, zie hierna.

Voor het schadebedrag DBC zorgproducten vrije segment geldt de volgende definitie:

- 1 100% van de kostencomponent DBC-zorgproducten vrije segment, uitgezonderd de expertproducten (deel code 615);
- 2 100% van de honorariumcomponent DBC-zorgproducten vrije segment, uitgezonderd de expertproducten (deel code 616);
- 3 100% van de kostencomponent van DBC-zorgproducten vrije segment, uitgezonderd de expertproducten, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
- 4 100% van de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten vrije segment, uitgezonderd de expertproducten, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
- 5 70% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15, deel van code 720);
- 6 35% van de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland, zie hierna.

Voor het schadebedrag Overige prestaties geldt de volgende definitie:

- 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 eerstelijnsdiagnostiek (rubriek 06, deel code 610, deel code 617 en deel code 619);
- 6 De kosten van paramedische zorg (rubriek 07);
- 7 De kosten van hulpmiddelen (rubriek 08);
- 8 De kosten van ziekenvervoer (rubriek 09), uitgezonderd de kosten FLO;
- 9 De kosten van kraamzorg (rubriek 12);
- 10 De kosten van rubriek 13, 'overige kosten', met uitzondering van de SKMS-gelden;
- 11 100% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van overige prestaties, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel code 720);
- 12 35% van de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland, zie hierna.

Voor het schadebedrag GGZ geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van GGZ met en zonder verblijf (code 661 en 662). Voor zover van toepassing corrigeert u de tarieven eerst met de verrekenpercentages 2012 (zie bij 'Op te leveren gegevens');
- 2 Overige kosten GGZ (code 660 en 664);
- 3 100% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15, code 720);
- 4 10% van de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland, zie hierna.

Kosten buitenland via Zorginstituut Nederland

Als kosten 2012 buitenland via Zorginstituut Nederland neemt u mee: de kosten met transactiejaar 2012 die voorkomen op de declaraties kosten buitenland via Zorginstituut Nederland die u vanaf 1 januari 2013 van het Zorginstituut ter goedkeuring heeft ontvangen. Als u al eerder kosten buitenland via Zorginstituut Nederland per verzekerde 2012 heeft vastgelegd, mag u deze dus NIET meenemen.

U verdeelt de vastgelegde kosten buitenland via Zorginstituut Nederland per verzekerde 2012 als volgt naar de vier schadebedragen: 35% DBC-zorgproducten vrije segment, 10% variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, 10% GGZ en 35% schadebedrag overige

prestaties. Dus 10% van de kosten mag u in het 'kosten per verzekerde' bestand niet meenemen, want dit zijn volgens de regeling vaste kosten ziekenhuisverpleging. Wat betreft de valutakoersen heeft u de keuze uit de koers op het moment dat u de nota in uw systeem vastlegt of de koers op het moment dat het Zorginstituut tot uitbetaling van de nota overgaat. Het Zorginstituut geeft u deze keuze ter voorkoming van onnodige administratieve lasten.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het 'kosten per verzekerde' 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.

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 2011

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 'kosten per verzekerde 2011' met bestandsnaam (conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor 'ziekenhuisverpleging en specialistische hulp variabel', 'overige prestaties', 'B DBC's' en 'GGZ' volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2011 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2011) met UZOVI-nummer(in 2011).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) schadebedragen 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp';
..... (som) schadebedragen 'overige prestaties';
..... (som) schadebedragen 'B DBC's';
..... (som) schadebedragen 'GGZ'.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 2011' aan het Zorginstituut/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 2011' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut 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 Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Kosten per verzekerde 2011' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2014 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Aanvullende informatie risicoverevening
Kosten per verzekerde

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2011:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 2012

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'kosten per verzekerde 2012' met bestandsnaam (conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor 'ziekenhuisverpleging en specialistische hulp variabel', 'overige prestaties' en 'DBC-zorgproducten vrije segment' en 'GGZ' volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2012 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2012) met UZOVI-nummer(in 2012).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

- (aantal) detailrecords;
- (aantal) unieke BSN's;
- (som) schadebedragen 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp';
- (som) schadebedragen 'overige prestaties';
- (som) schadebedragen 'DBC zorgproducten vrije segment';
- (som) schadebedragen 'GGZ'.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 2012' aan Zorginstituut Nederland/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring op papier aan het Zorginstituut is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 2012' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut 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 Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Kosten per verzekerde 2012' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen door de zorgverzekeraar zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Aanvullende informatie risicoverevening
Kosten per verzekerde

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2012:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

5.8 Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's)

In paragraaf 5.8 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen. Deze uitvraag is nieuw in 2014. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2014 van 25 november 2013 (kenmerk 2013123286).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa (waaronder de uitvoering van formele en materiële controles) zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd. In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

Gebruik van de gegevens

Met ingang van het risicovereveningsmodel 2014 worden de hulpmiddelen kostengroepen (HKG's) ingevoerd. De HKG's zijn, net als de FKG's en de DKG's binnen het risicovereveningsmodel een verdeelcriterium.

Op te leveren gegevens

In het bestand betreft u alle ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau van hulpmiddelen, die zijn afgeleverd in 2013 in het kader van de Zvw, voor zover u die gegevens de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het betreft ook de declaraties van in bruikleen verstrekte hulpmiddelen en van reparaties van hulpmiddelen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Voor alle verzekerden Zvw (aan wie in 2013 hulpmiddelen zijn afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen) geeft u, per hulpmiddel, de volgende gegevens op:

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

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

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

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

In hoofdstuk 7 van dit handboek is een bestandsspecificatie met een toelichting van dit bestand opgenomen.

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

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het 'hulpmiddelen'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.

Bestuursverklaring bij het bestand hulpmiddelengegevens 2013

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 'hulpmiddelengegevens 2013' met bestandsnaamconform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van hulpmiddelen met een totaal schadebedrag⁴ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2013 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2013) met UZOVI-nummer(in 2013).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

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

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Hulpmiddelengegevens 2013' aan Zorginstituut Nederland/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Hulpmiddelengegevens 2013' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut 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 Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Hulpmiddelengegevens 2013' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2014 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

⁴ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie Hulpmiddelengegevens 2013:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

5.9 Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC)

De brief met de inrichtingseisen hogekostencompensatie Zvw 2011 heeft Zorginstituut Nederland verzonden op 2 september 2013 (2013092967). In paragraaf 5.9 is deze brief opgenomen.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa (waaronder de uitvoering van formele en materiële controles) zijn nageleefd. In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd. De gewijzigde bestuursverklaring HKC is toegestuurd per e-mail op 28 november 2013 en ook opgenomen in deze paragraaf.

Toelichting hogekostencompensatie Zvw 2011

Hier volgt de brief welke op 2 september 2013 door Zorginstituut Nederland verstuurd is.

“Onderwerp

Hogekostencompensatie Zvw 2011

Geacht bestuur,

Met deze brief informeer ik u, mede namens de NZa, over de inrichtingsvoorschriften voor de opgave hogekostencompensatie (HKC) Zvw 2011 somatisch en GGZ verzekerden van 18 jaar en ouder (18+). De NZa publiceert in september 2013 het 'Protocol onderzoek Zvw met oplevering in 2014' (hierna: protocol). In dit protocol beschrijft de NZa de (controle)voorschriften voor de opgave HKC 2011 en het bijbehorende assurancerapport. Een model van dit assurancerapport is in het protocol als bijlage opgenomen.

In deze brief informeer ik u over:

- een toelichting op de HKC;
- de inrichtingsvoorschriften voor de opgave HKC Zvw 2011 somatisch en GGZ 18+;
- de bestuursverklaring.

De toelichting op de HKC treft u aan in deze brief. De inrichtingsvoorschriften en het model van de bestuursverklaring treft u aan in de bijlagen.

De uiterste aanleverdatum voor de HKC-opgave 2011 is **1 mei 2014**.

Het CVZ gebruikt deze HKC-opgave bij de 2^e voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling Zvw 2011.

Ten aanzien van de juistheid en tijdigheid van de aanlevering van de HKC-opgave Zvw 2011 somatisch en GGZ 18+, inclusief de bestuursverklaring en het assurancerapport, is de beleidslijn van toepassing zoals beschreven in onze brief van 19 september 2007 (kenmerk V&S/27062794). Ik wijs u er met nadruk op dat een niet tijdige of niet juiste aanlevering grote financiële consequenties kan hebben, omdat u in dat geval wel meebetaalt aan de HKC-pool maar mogelijk geen inbreng heeft.

Wie moet aanleveren

Het gaat om een opgave door alle (risicodragende) zorgverzekeraars die in 2011 actief waren. Elke risicodragende zorgverzekeraar moet één opgave indienen, waarin ook de opgaven van eventuele volmachten zijn meegenomen. De zorgverzekeraar moet er zorg voor dragen dat de opgaven van de volmachten voldoen aan de voorschriften in deze brief.

Toelichting hogekostencompensatie Zvw 2011 somatisch

Met de hogekostencompensatie somatisch vereent het CVZ een deel van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van specialistische hulp, een deel van kosten van de B-DBC's en een deel van de kosten van overige prestaties. Het gaat om de kosten van verzekerden bij wie in het schadejaar 2011 de som van de hiervoor genoemde kosten de HKC-drempel van € 22.500 overschrijdt. De betreffende kosten van die verzekerden neemt u in de HKC-opgave 2011 somatisch op. Op basis van de HKC-opgaven van alle zorgverzekeraars past het CVZ de hogekostencompensatie toe. Het CVZ voegt aan deze inbreng toe een percentage van de kosten buitenland die via het CVZ zijn vergoed met betrekking tot het vereveningsjaar 2011.

De berekeningswijze komt erop neer dat het CVZ 90% van de kosten die de HKC-drempel overschrijden plus een percentage van de kosten buitenland via het CVZ in een vereveningspool betreft. De totale omvang van de kosten per deelbijdrage in de vereveningspool (over alle zorgverzekeraars) drukt het CVZ uit in een percentage van de totale omvang van de desbetreffende deelbijdrage. Het verschil tussen het beoogde aandeel van uw deelbijdrage en uw HKC-poolinbreng per deelbijdrage verrekent het CVZ als HKC-

effect somatisch bij de 2^e voorlopige en definitieve vaststelling Zvw 2011.

In de HKC-opgave Zvw 2011 somatisch neemt u de volgende gegevens op:

- totale variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp van de HKC-verzekerden;
- totale HKC-inbreng van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp;
- totale kosten van B-DBC's van de HKC-verzekerden;
- totale HKC-inbreng van de kosten van B-DBC's;
- totale kosten van overige prestaties van de HKC-verzekerden;
- totale HKC-inbreng van de kosten van overige prestaties;
- totaal aantal verzekerden dat in aanmerking komt voor de HKC pool somatisch.

Bij de bepaling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp ten behoeve van de HKC houdt u rekening met de verwerking van de opbrengstresultaten 2011 door het oorspronkelijke tarief te corrigeren met de verrekenpercentages HKC 2011 van de NZa. De NZa verrekenpercentages 2011 van ziekenhuizen en overige instellingen staan met een rekenvoorbeeld op de website (www.cvz.nl onder Verzekering\Risicoverevening\ Zvw 2011\ Documenten).

De vast-variabel-percentages van de ziekenhuizen over 2011, die het CVZ van de NZa heeft ontvangen, kunt u vinden in hetzelfde bestand.

Toelichting hogekostencompensatie Zvw 2011 GGZ 18+

Met de hogekostencompensatie verevent het CVZ een deel van de kosten GGZ 18+. Het gaat om de kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder (peildatum leeftijd is 30 juni) bij wie in het schadejaar 2011 de kosten de HKC-drempel van € 10.000 overschrijden. De betreffende kosten van die verzekerden neemt u in de HKC-opgave 2011 GGZ 18+ op. Op basis van de HKC-opgaven van alle zorgverzekeraars past het CVZ de hogekostencompensatie toe. Het CVZ voegt aan deze inbreng toe een percentage van de kosten buitenland die via het CVZ zijn vergoed met betrekking tot het vereveningsjaar 2011.

De berekeningswijze komt erop neer dat het CVZ 100% van de kosten die de HKC-drempel overschrijden plus een percentage van de kosten buitenland via het CVZ in een vereveningspool betreft. De totale omvang van de kosten in de vereveningspool (over alle zorgverzekeraars) drukt het CVZ uit in een percentage van de totale omvang van de desbetreffende deelbijdrage. Het verschil tussen het beoogde aandeel van uw deelbijdrage en uw HKC-poolinbreng verrekenet het CVZ als HKC-effect GGZ 18+ bij de 2^e voorlopige en definitieve vaststelling Zvw 2011.

In de HKC-opgave Zvw 2011 GGZ 18+ neemt u de volgende gegevens op:

- totale kosten GGZ van de HKC-verzekerden van 18 jaar en ouder;
- totale HKC-inbreng van de kosten GGZ;
- totaal aantal verzekerden dat in aanmerking komt voor de HKC pool GGZ 18+.

Ook bij de bepaling van de GGZ kosten ten behoeve van de HKC houdt u rekening met de verwerking van de opbrengstresultaten 2011. Hierbij moet de gedeclareerde schade eerst geschoond worden voor het oorspronkelijke door de Nza afgegeven verrekenpercentage ambulante of verblijf. Dit tarief moet u corrigeren met de definitieve verrekenpercentages. De NZa verrekenpercentages 2011 van de GGZ-instellingen staan (met een rekenvoorbeeld) op de website (www.cvz.nl onder Verzekering\Risicoverevening\ Zvw 2011\ Documenten).

Voor beide opgaven geldt dat alleen de **tot en met 31 december 2013** ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdenniveau voor de in 2011 verleende hulp en de in 2011 geopende DBC's mogen worden ingebracht. De declaratie hoeft nog niet te zijn betaald.

In de bijlagen 1 en 2 heb ik een verdere toelichting opgenomen over de bepaling van de

kosten en het aantal verzekerden in de HKC-opgaven Zvw 2011 somatisch en GGZ 18+.
De beide ingevulde formats, somatisch en GGZ 18+, worden aangeleverd in 1 bestand HKC 2011, met 1 assurancerapport en 1 bestuursverklaring.

Aanleveren diverse documenten

De uiterste aanleverdatum voor de volledige set van documenten is 1 mei 2014.
De inzending bestaat uit papieren documenten en een elektronisch format.

Papieren documenten naar NZa

Ik verzoek u om de door de externe accountant gecontroleerde en gewaarmerkte HKC-opgave over het jaar 2011 met het assurancerapport en de bestuursverklaring toe te sturen aan de NZa.

Het adres van de NZa is:

Nederlandse Zorgautoriteit
Directie Toezicht en Handhaving
t.a.v. de heer J. Lips
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Elektronisch format naar het CVZ

Ik verzoek u om de gecontroleerde opgave per e-mail toe te sturen aan het CVZ:

verslagdocumenten@cvz.nl

U maakt hiervoor gebruik van het betreffende Excel-formulier dat u binnenkort kunt downloaden van onze website www.cvz.nl.
Tevens verzoek ik u om bij de opgave gebruik te maken van het in het Excel-formulier opgenomen controleoverzicht.

Het CVZ en de NZa zorgen voor onderlinge uitwisseling van de documenten.

Contact

Als u vragen heeft over de gegevensaanlevering dan kunt u een e-mail sturen aan:
verslagdocumenten@cvz.nl

Als u vragen heeft over het protocol dan kunt u een e-mail sturen aan:
vragenverantwoordingzvw@nza.nl

Hoogachtend

drs. A.R. Schuurman MBA
Hoofd Contactcentrum Zakelijk

Bijlage 1: inrichtingsvoorschriften HKC-opgave Zvw 2011 somatisch
Bijlage 2: inrichtingsvoorschriften HKC-opgave Zvw 2011 GGZ 18+
Bijlage 3: model bestuursverklaring HKC-opgave 2011 somatisch en GGZ 18+

Bijlage 1

Inrichtingsvoorschriften opgave hogekostencompensatie (HKC) Zvw 2011 somatisch

Inhoud van de HKC-opgave en berekening van de HKC-inbreng

In de HKC-opgave zijn opgenomen gegevens van verzekerden van wie de som van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de kosten van B-DBC's en de kosten van overige prestaties de HKC-drempel van € 22.500 op jaarbasis overschrijdt. Van die verzekerden geeft u zowel de totale betreffende kosten als de HKC-inbreng op, gesplitst naar de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de kosten van B-DBC's en de kosten overige prestaties. Ook geeft u het aantal verzekerden op dat in aanmerking komt voor de hogekostencompensatie. Een model van de opgave ziet er als volgt uit

KOSTENSOORT	TOTAAL KOSTEN HKC- VERZEKERDEN	TOTAAL BEDRAG HKC-INBRENG
VARIABLE KOSTEN VAN ZIEKENHUISVERPLEGING EN KOSTEN VAN SPECIALISTISCHE HULP		
KOSTEN VAN B-DBC'S		
KOSTEN VAN OVERIGE PRESTATIES		
TOTAAL	0	0

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

Ten laste van de vereveningspool (HKC-inbreng) komt 90% van de som van de drie kostensoorten, voor zover deze kosten tezamen het bedrag van € 22.500 per verzekerde op jaarbasis overschrijden.

Alleen de **tot en met 31 december 2013** ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau voor de in 2011 verleende hulp en de in 2011 geopende DBC's mogen worden ingebracht. De declaratie hoeft nog niet te zijn betaald.

De splitsing van de HKC-inbreng naar 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp', 'kosten van B-DBC's' en 'kosten van overige prestaties' bepaalt u per individuele HKC-verzekerde. De totale HKC-inbreng per verzekerde bedraagt 90 procent van de som van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de kosten van B-DBC's en de kosten van overige prestaties per verzekerde, voor zover deze kosten tezamen het bedrag van € 22.500 per verzekerde op jaarbasis overschrijden. De toedeling naar de drie kostensoorten gebeurt per verzekerde naar rato van de totalen van de drie kostensoorten van die verzekerde.

Een rekenvoorbeeld voor één verzekerde:

<i>Kosten HKC-verzekerde per kostensoort</i>	
Kosten ziekenhuisverpleging variabel en specialistische hulp	€ 30.000
Kosten B-DBC's	€ 0
<u>Kosten overige prestaties</u>	<u>€ 7.500</u>
Totale kosten HKC	€ 37.500

Totale overschrijding HKC-drempel: € 37.500 - € 22.500 = € 15.000

HKC-poolinbreng per kostensoort

Ziekenhuisverpleging variabel en specialistische hulp	
90% * € 15.000 * (€ 30.000/€ 37.500) =	€ 10.800
B-DBC's	
90% * € 15.000 * (€ 0/€ 37.500) =	€ 0
Overige prestaties	
90% * € 15.000 * (€ 7.500/€ 37.500) =	€ 2.700
Totale HKC-inbreng	€ 13.500

Bij de vorenstaande berekening rondt u de bedragen niet af.

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

Definities HKC-kosten 2011

De HKC-kosten 2011 zijn opgebouwd uit drie deelbedragen, te weten 1) de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, 2) de kosten van B-DBC's 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 de ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau voor in 2011 verleende hulp en voor in 2011 geopende A-DBC's.

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 (dit overzicht sluit aan op het nacalculatieschema Zvw 2011 dat u op de CVZ-site kunt vinden).

Bij instellingen met een opbrengstverrekening moet u de oorspronkelijke tarieven corrigeren voor de opbrengstresultaten 2011. In 2011 zijn dit de academische en algemene ziekenhuizen, het Oogziekenhuis Rotterdam, radiotherapeutische centra, dialysecentra, klinisch genetische centra, epilepsie centra, revalidatie-instellingen, audiologische centra en long/astma-instellingen. De lijst met verrekenpercentages is afkomstig van de NZa.

U moet de in rekening gebrachte tarieven voor niet-onderhandelbare (A-)DBC's (voor long/astma-instellingen betreffen het andere tarieven) per instelling eerst corrigeren met de verrekenpercentages voor de HKC 2011 en vervolgens het variabel deel bepalen. De NZa verrekenpercentages van ziekenhuizen en overige instellingen en de vast-variabelpercentages staan (met een rekenvoorbeeld) op de website, www.cvz.nl onder Verzekering\ Risicoverevening\ Zvw 2011\ Documenten).

De totale kosten voor het deelbedrag 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' komen als volgt tot stand:

- 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). U corrigeert de tarieven van long/astma-instellingen eerst met de verrekenpercentages voor de HKC 2011 (zie boven).
- 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 (deel van code 613). U corrigeert de tarieven eerst met de

verrekenpercentages voor de HKC 2011. Vervolgens bepaalt u per instelling voor deze kosten het variabele deel met behulp van de vast-variabelpercentages van de NZa (zie boven). Het berekende variabele deel van de kostencomponent van niet-onderhandelbare (A-)DBC's gedeclareerd door algemene en academische ziekenhuizen en door het Oogziekenhuis (deel van code 613). U corrigeert de tarieven eerst met de verrekenpercentages voor de HKC 2011. Vervolgens bepaalt u per instelling voor deze kosten het variabele deel met behulp van de vast-variabelpercentages van de NZa (zie boven).

- 6 75% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare (A-)DBC's gedeclareerd door radiotherapeutische centra, dialysecentra, klinisch genetische centra, epilepsie centra, audiologische centra en revalidatie-instellingen (deel van code 613). U corrigeert de tarieven eerst met de verrekenpercentages 2011 (zie boven).
- 7 75% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare (A-)DBC's gedeclareerd door de St. Maartenskliniek en zelfstandige behandelcentra (deel code 613). Bij deze instellingen is geen correctie voor opbrengstresultaten van toepassing.
- 8 100% van de honorariumcomponent van DBC's A segment (code 614).
- 9 75% van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten, exclusief de kosten van verpleging in de thuissituatie (zie 10.) (deel code 617).
- 10 100% van de kosten van verpleging in de thuissituatie (deel 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 honorariumcomponent van DBC's A segment gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619).
- 14 75% van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten en overige trajecten en verrichtingen, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619).
- 15 50% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15, deel van code 720).

2 Definitie kosten B-DBC's

De kosten B-DBC's bestaan uit ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau voor in 2011 geopende B-DBC's.

Tot het deelbedrag 'B-DBC's' behoren in 2011 de volgende kosten:

- 1 100% van de kostencomponent van DBC's B segment (code 615).
- 2 100% van de honorariumcomponent van DBC's B segment (code 616).
- 3 100% van de kostencomponent van DBC's B segment gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619).
- 4 100% van de honorariumcomponent DBC's B segment gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619).
- 5 30% 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 gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau voor de in het jaar 2011 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 Zvw.

- 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).
- 8 De kosten van kraamzorg (rubriek 12).
- 9 De kosten van rubriek 13, 'overige kosten', met uitzondering van de SKMS-gelden.
- 10 100% 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. VWS heeft besloten om deze kosten als vast aan te merken (100% nacalculatie). Deze kosten mogen niet in de HKC worden ingebracht. Dit betekent dat u het totaal van de declaraties van publieke ambulancediensten 2011 (dus inclusief de declaraties voor de meldkamer) moet vermenigvuldigen met de FLO-percentages in 2011 en dit resultaat in mindering moet brengen op de kosten overige prestaties in de HKC opgave 2011 (zie voor een nadere toelichting en de FLO-percentages: www.cvz.nl onder Verzekering\ Risicoverevening\ Zvw 2011\ Documenten).

Niet in HKC-opgave 2011 somatisch

De volgende kosten betreft u niet in de HKC-opgave 2011 somatisch:

- De kosten van renteheffing door instellingen.
- De kosten van Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (rubriek 10). Voor deze kosten levert u een aparte HKC-opgave aan, zie bijlage 2.
- De kosten van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) (deel van rubriek 13, deel code 700).
- De kosten van 'grensoverschrijdende zorg' via het CVZ (deel van rubriek 15, deel code 720) betreft u zelf niet in de HKC-opgave, maar zal het CVZ per verzekeraar betrekken bij de kosten.
- De kosten van ondersteuning eerstelijns zorg (rubriek 16).

Bijlage 2

Inrichtingsvoorschriften opgave hogekostencompensatie (HKC) Zvw 2011 GGZ 18+

Inhoud van de HKC-opgave en berekening van de HKC-inbreng

In de HKC-opgave zijn opgenomen gegevens van verzekerden van wie de som van de kosten GGZ 18+ de HKC-drempel van € 10.000 op jaarbasis overschrijdt. Van die verzekerden geeft u zowel de totale betreffende kosten als de HKC-inbreng op. Ook geeft u het aantal verzekerden op dat in aanmerking komt voor de hogekostencompensatie.

Een model van de opgave ziet er als volgt uit

KOSTENSOORT	TOTAAL KOSTEN HKC- VERZEKERDEN	TOTAAL BEDRAG HKC-INBRENG
KOSTEN GGZ 18+		

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

Ten laste van de vereveningspool (HKC-inbreng) komt 100% van kosten GGZ 18+, voor zover deze kosten het bedrag van € 10.000 per verzekerde op jaarbasis overschrijden.

Alleen de **tot en met 31 december 2013** ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau voor de in 2011 verleende hulp en de in 2011 geopende DBC's mogen worden ingebracht. De declaratie hoeft nog niet te zijn betaald.

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

Definitie HKC-kosten 2011 GGZ 18+

De HKC-kosten 2011 GGZ 18+ zijn opgebouwd uit één deelbedrag, namelijk kosten GGZ 18+.

De GGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder (peildatum 30 juni) bestaan uit ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau voor in 2011 verleende hulp en voor in 2011 geopende DBC's. Bij de GGZ-instellingen met een opbrengstverrekening moet u de oorspronkelijke tarieven corrigeren voor de opbrengstresultaten 2011. De lijst met verrekenpercentages is afkomstig van de NZa.

U moet de in rekening gebrachte tarieven per GGZ-instelling met een opbrengstverrekening eerst corrigeren met de verrekenpercentages GGZ 2011. De verrekenpercentages van de GGZ-instellingen staan (met een rekenvoorbeeld) op de website, www.cvz.nl onder Verzekering\ Risicoverevening\ Zvw 2011\ Documenten.

Eerst moet de gedeclareerde schade geschoond worden voor het oorspronkelijke door de NZa afgegeven verrekenpercentage ambulans of verblijf, dit geeft het tarief. Dit tarief moet gecorrigeerd worden met de definitieve verrekenpercentages.

Als er oorspronkelijke verrekenpercentages zijn afgegeven kleiner dan -100%, dan moet ook het declaratiebedrag negatief zijn. Door het toepassen van de eerste correctie resulteert dit uiteindelijk in een positief bedrag voor de HKC-opgave. Echter, als er abusievelijk geen verrekenpercentage is toegepast door de zorgaanbieder, dan moet de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag niet eerst schonen voor het 'zogenaamd gehanteerde' verrekenpercentage. In dit geval is immers het tarief gedeclareerd. De oorspronkelijke nota moet dan direct gecorrigeerd worden voor het definitieve verrekenpercentage.

De totale kosten voor het deelbedrag 'GGZ 18+' komen als volgt tot stand:

- 1 100% van de kosten van DBC's GGZ geopend in 2011, voor zover deze betrekking hebben op verzekerden van 18 jaar en ouder (deel code 661 en deel code 662).
- 2 100% van de overige kosten GGZ 2011, voor zover deze betrekking hebben op verzekerden van 18 jaar en ouder (deel code 660 en deel code 664).
- 3 100% van de kosten GGZ 2011 gemaakt in het buitenland, via verzekeraar, voor zover deze betrekking hebben op verzekerden van 18 jaar en ouder (deel van rubriek 15, code 720).

Niet in HKC-opgave 2011 GGZ 18+

De volgende kosten betreft u niet in de HKC-opgave 2011 GGZ 18+:

- De kosten van renteheffing door instellingen.
- De kosten van somatische gezondheidszorg. Voor deze kosten levert u een aparte HKC-opgave aan, zie bijlage 1.
- 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 betrekken bij de kosten."

Bestuursverklaring hogekostencompensatie 2011 somatisch en GGZ 18+

De bestuursverklaring stuurt u, vergezeld van een assurance-rapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (zorgverzekeraar)

verklaart dat het op(datum) het bestand 'hogekostencompensatie 2011' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De HKC-opgave 2011 somatisch en GGZ 18+ is ten behoeve van de vereiste accountantscontrole voorgelegd aan de accountant. De accountant heeft naar aanleiding van deze controle zijn bevindingen gerapporteerd en informatie verstrekt over alle tijdens het onderzoek geconstateerde feitelijke onjuistheden en onzekerheden.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde HKC-opgave somatisch en GGZ 18+ is naar het oordeel van het bestuur juist en voldoet aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe de 'hogekostencompensatie 2011' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2014 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

6 Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

Definitieve opgave opbrengstverrekening 2012

Hoofdstuk 6. gaat over de Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening. Ten behoeve van de vaststelling van de opbrengstverschillen per instelling per zorgverzekeraar door de NZa, vraagt Zorginstituut Nederland de benodigde gegevens op bij de zorgverzekeraars. De toelichting is afkomstig uit de brief van het Zorginstituut over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2014 van 25 november 2013 (kenmerk 2013123286).

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 Onderzoek Zvw met oplevering in 2014 van de Nza.

Gebruik van de gegevens

Op 1 juni 2014 levert u de gegevens over 2012 aan ten behoeve van de opbrengstverrekening. Zorginstituut Nederland voert met die gegevens een aantal berekeningen uit waarmee de NZa de opbrengstverrekening per gebudgetteerde instelling per zorgverzekeraar bepaalt. Met behulp van deze bedragen brengt het Zorginstituut in de 2e voorlopige en de definitieve vaststelling Zvw 2012 een correctie aan op de door de zorgverzekeraars in de jaarstaten verantwoorde kosten.

Op te leveren gegevens

Beatrixoord, epilepsiecentra en long/astma-instellingen

Per instelling geeft u een specificatie van de volgende kosten van DBC's. Per onderdeel staat vermeld bij welk codenummer u deze kosten verantwoordt in de kwartaal- en jaarstaten Zvw.

- 1 Kostencomponent van DBC's in het A-segment die in 2012 zijn geopend en gesloten (codenummer 613);
- 2 Kostencomponent van DBC's in het A-segment die in 2012 zijn geopend en in 2013 zijn gesloten (codenummer 613).

GGZ instellingen

Per instelling geeft u een opgave van de som van de volgende kosten:

Van alle DBC's (behandeling) die in 2012 zijn geopend (codenummer 661 én 662) de

- kosten van de DBC (behandeling)
 - kosten van alle deelprestaties (24-uurs verblijf)
- en daarnaast de kosten van 'geïndiceerde preventie bij hoog risicogroepen' en 'medicijnkosten methadon' (code 664).

U moet de kosten per GGZ instelling onderscheiden naar kosten van verzekerden van jonger dan 18 jaar en van verzekerden van 18 jaar en ouder.

De bovengenoemde kosten betreffen alle ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau op basis van de feitelijk gedeclareerde tarieven. U betreft alle declaraties in het bestand die u gegeven de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- De opbrengstverrekening 2012 geldt niet meer voor alle somatische instellingen, behalve nog voor Beatrixoord, epilepsie-instellingen en de long-/astma-instellingen. En tevens nog voor GGZ-instellingen.
- Voor de GGZ-instellingen worden niet meer de "kosten DBC's" opgevraagd. Over 2012 vragen wij de kosten van de DBC (behandeling) en de kosten van de deelprestaties.

Bestuursverklaring bij het bestand gegevens ten behoeve van de opbrengstverrekening

De bestuursverklaring stuurt u, vergezeld van een assurance-rapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (zorgverzekeraar)

verklaart dat het op(datum) het bestand 'gegevens 2012 opbrengstverrekening' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

In het bestand zijn opgenomen de ontvangen declaraties van DBC subtrajecten geopend in 2012, van Beatrixoord, epilepsie-instellingen en long/astma-instellingen en de declaraties 2012 van GGZ instellingen van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2012 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2012) met UZOVI-nummer(in 2012).

De totale schade in het bestand bedraagt:

..... (som) kosten DBC's Beatrixoord, epilepsie-instellingen en long/astma-instellingen;

..... (som) kosten GGZ instellingen.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'gegevens 2012 opbrengstverrekening' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2014 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTENCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

SOMATISCHE INSTELLINGEN

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	DBC'S GEOPEND IN 2012 EN GESLOTEN IN 2012	DBC'S GEOPEND IN 2012 EN GESLOTEN IN 2013
011-0100	Beatrixoord	Haren		
011-0702	Universitair Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald	Groesbeek		
011-1000	Astmacentrum Heideheuvel	Hilversum		
011-2400	Stichting Hornerheide	Horn		
011-2600	Nederlands Astmacentrum Davos	Davos-Platz (CH)		
040-1200	SEIN	Hoofddorp		
040-2020	Kempenhaeghe	Heeze		
TOTALE KOSTEN SOMATISCHE INSTELLINGEN			0	0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18-)

GGZ-INSTELLINGEN 18-

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-1000	GGZ Drenthe	Beilen	
450-1001	Verslavingszorg Noord Nederland	Groningen	
450-1002	Lentis	Zuidlaren	
450-1003	Accare	Groningen	
450-1004	Instelling voor Cognitieve- en gedragstherapie	Winschoten	
450-1005	Stichting Elker	Groningen	
450-1006	GGZ-Friesland	Leeuwarden	
450-1007	RIAGG Zwolle / Dimence	Deventer	
450-1008	Mediant	Enschede	
450-1009	De Wending	Ugchelen	
450-1010	Stichting Adhesie GGZ Midden Overijssel / Dimence	Deventer	
450-1011	Zwolve Poort / Dimence	Deventer	
450-1012	RIAGG IJsselland / Dimence	Deventer	
450-1013	Stichting GGNet	Warnsveld	
450-1015	Groot Batelaar	Lunteren	
450-1016	Dr. Leo Kannerhuis	Doorwerth	
450-1017	Oldenkotte	Rekken	
450-1018	Iriszorg Arnhem e.o.	Arnhem	
450-1022	Karakter	Ede	
450-1023	Sinai-Centrum GGZ	Amstelveen	
450-1024	Symfora Groep	Amersfoort	
450-1025	Meerkanten	Ermelo	
450-1026	Bosman GGZ	Lelystad	
450-1027	RIAGG Amersfoort e.o.	Amersfoort	
450-1029	Stichting Centrum Maliebaan	Utrecht	
450-1030	Eleos	Nieuwegein	
450-1031	Dr. Henri van der Hoeven Stichting	Utrecht	
450-1032	Arta-Lievegoedgroep	Bilthoven	
450-1034	Stichting GGZ Noord-Holland-Noord	Heerhugowaard / Alkmaar	
450-1035	Triversum	Alkmaar	
SUBTOTAAL 1			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18-)

GGZ-INSTELLINGEN 18- (vervolg)

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-1037	Nederlands Psychoanalytisch Instituut	Amsterdam	
450-1038	De Bascule	Duivendrecht	
450-1039	GGD Amsterdam	Amsterdam	
450-1041	Jeugdriagg Noord Holland Zuid	Haarlem	
450-1043	Centrum '45	Oegstgeest	
450-1044	Curium	Oegstgeest	
450-1047	De Jutters	's-Gravenhage	
450-1050	Rivierduinen	Oegstgeest	
450-1052	De Kijvelanden	Poortugaal	
450-1053	Delta Psychiatrisch ziekenhuis	Poortugaal	
450-1054	Bouman GGZ	Rotterdam	
450-1056	Stichting Riagg Rijnmond Noord West	Rotterdam	
450-1058	De Hoop	Dordrecht	
450-1060	FortaGroep BV	Rhoon	
450-1061	Emergis	Kloetinge	
450-1062	De Viersprong	Halsteren	
450-1063	GGZ Westelijk Noord-Brabant	Halsteren	
450-1064	Novadic-Kentron	Vught	
450-1065	RIBW Midden-Brabant	Tilburg	
450-1066	Reinier van Arkel Groep	's-Hertogenbosch	
450-1068	Geïntegreerde GGZ Eindhoven en de Kempen	Eindhoven	
450-1071	De Mutsearsstichting	Venlo	
450-1072	Vincent van Gogh Instituut	Venray	
450-1073	FPP De Horst	Tegelen	
450-1074	Stichting RiaggZuid	Roermond	
450-1075	Orbis Geestelijke Gezondheidszorg B.V.	Sittard	
450-1076	Stichting Mensana	Venlo	
450-1077	RIAGG Maastricht	Maastricht	
SUBTOTAAL 2			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18-)

GGZ-INSTELLINGEN 18- (vervolg)

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-1078	Stichting Arkin	Amsterdam	
450-1079	Stichting Tactus verslavingszorg (PZ)	Zwolle	
450-1080	GGZ Nijmegen	Nijmegen	
450-1081	GGZ inGeest	Bennebroek	
450-1083	Stichting GGZ Breburg Groep Midden-Brabant	Tilburg	
450-1084	Mondriaan Zorggroep	Heerlen	
450-1085	Stichting Altrecht	Den Dolder / Woerden	
450-1086	Zonnehuizen Veldheim	Zeist	
450-1087	GGZ Delfland	Delft	
450-1088	Stichting Wonen en Psychiatrie	Terneuzen	
450-1089	PI - Groep B.V.	Drachten	
450-1090	Stichting Jeugdhulp Friesland	Leeuwarden	
450-1092	Stichting De Brug Midden-Nederland	Katwijk	
450-1093	Stichting Parnassia Bavo Groep	's-Gravenhage	
450-1094	GGZ Oost-Brabant	Rosmalen	
450-1096	Stichting Amarant (Dr. Leo Kannerhuis)	Tilburg	
450-1097	Stichting Yulius	Dordrecht	
450-1098	Pro Persona	Wolfheze	
450-2000	Militaire Geestelijke Gezondheidszorg	Utrecht	
450-2005	Röpcke-Zweers Ziekenhuis (PAAZ)	Hardenberg	
450-2006	Diaconessenhuis (PAAZ)	Meppel	
450-2007	Isala Klinieken (PAAZ)	Zwolle	
450-2008	IJsselmeerziekenhuizen (PAAZ)	Emmeloord	
450-2009	Medisch Spectrum Twente (PAAZ)	Enschede	
450-2010	Gelre Ziekenhuizen (PAAZ)	Apeldoorn	
450-2011	Ziekenhuis Rijnstate (PAAZ)	Arnhem	
450-2014	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (PAAZ)	Nijmegen	
450-2015	Meander Medisch Centrum (PAAZ)	Amersfoort	
450-2017	Hofpoort Ziekenhuis (PAAZ)	Woerden	
450-2018	Stichting St. Antonius Ziekenhuis (PAAZ)	Nieuwegein	
SUBTOTAAL 3			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18-)

GGZ-INSTELLINGEN 18- (vervolg)

NZa- code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-2019	Tergooiziekenhuizen (PAAZ)	Hilversum	
450-2020	Medisch Centrum Alkmaar (PAAZ)	Alkmaar	
450-2021	Kennemer Gasthuis (PAAZ)	Haarlem	
450-2022	Waterlandziekenhuis (PAAZ)	Purmerend	
450-2023	Zaans Medisch Centrum (PAAZ)	Zaandam	
450-2024	Sint Lucas-Andreas Ziekenhuis (PAAZ)	Amsterdam	
450-2025	Albert Schweitzer Ziekenhuis (PAAZ)	Dordrecht	
450-2026	Stichting Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (PAAZ)	Vlissingen	
450-2027	ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen (locatie De Honte) (PAAZ)	Terneuzen	
450-2028	Stichting Lievensberg Ziekenhuis (PAAZ)	Bergen op Zoom	
450-2029	Amphia Ziekenhuis (PAAZ)	Breda	
450-2030	Sint Elisabeth Ziekenhuis (PAAZ)	Tilburg	
450-2031	TweeSteden Ziekenhuis (PAAZ)	Tilburg	
450-2032	Catharina Ziekenhuis (PAAZ)	Eindhoven	
450-2033	Sint Anna Zorggroep (PAAZ)	Geldrop	
450-2034	Elkerliek Ziekenhuis (PAAZ)	Helmond	
450-2035	Maxima Medisch Centrum (PAAZ)	Veldhoven	
450-2036	Laurentius Ziekenhuis Roermond (PAAZ)	Roermond	
450-2037	Sint Jans Gasthuis (PAAZ)	Weert	
450-2039	Atrium Heerlen (PAAZ)	Heerlen	
450-2040	Rode Kruis Ziekenhuis (PAAZ)	Beverwijk	
450-2041	Ziekenhuisgroep Twente (PAAZ)	Almelo	
450-2042	GGZ poli BovenIJ Ziekenhuis	Amsterdam	
450-2043	GGZ poli Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Amsterdam	
450-2044	Universitaire Medisch Centrum Groningen (PUK)	Groningen	
450-2045	Universitaire Medisch Centrum St. Radboud (PUK)	Nijmegen	
450-2046	Universitaire Medisch Centrum Utrecht (PUK)	Utrecht	
450-2047	Academisch Medisch Centrum Amsterdam (PUK)	Amsterdam	
450-2048	Leids Universitaire Medisch Centrum (PUK)	Leiden	
450-2049	Erasmus Universitaire Medisch Centrum (PUK)	Rotterdam	
450-2050	Academisch Ziekenhuis Maastricht (PUK)	Maastricht	
450-2051	Antonius Ziekenhuis (PAAZ)	Sneek	
SUBTOTAAL 4			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18-)

GGZ-INSTELLINGEN 18- (vervolg)

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-2052	Medisch Centrum Leeuwarden /Oranjeoord (PAAZ)	Leeuwarden	
450-2053	Wilhelmina Ziekenhuis (PAAZ)	Assen	
450-3001	Talant	Drachten	
450-3007	Juvent	Middelburg	
450-3009	Raphaelstichting (Noord-Holland Noord)	Schoorl	
450-3010	Stichting Bartiméus-Sonneheerdt	Doom	
450-3012	Gastenhof / Koraal Groep	Simpelveld	
450-3013	De Eik (regio Stedendriehoek) / Ambiq	Hengelo	
450-3014	Tjallingahiem	Leeuwarden	
450-4000	In Hoofdzaken B.V.	Heerenveen	
450-4001	Stichting H+B Jeugd GGZ	's-Gravenhage	
450-4007	Nehemia Hulpverlening	Heerhugowaard	
450-4008	Het Helen Dowling Instituut	Utrecht	
450-4009	Virenze Algemeen Beheer B.V.	Gronsveld	
450-4011	Doc Geriant	Heerhugowaard	
450-4013	Amacura	Geleen	
450-4015	Het Behouden Huys	Haren	
450-4016	In de Bres	Drachten	
450-4018	Psygro B.V.	Zaandam	
450-4022	De Praktijk	Alkmaar	
450-4023	Lionarons GGZ B.V.	Heerlen	
450-4028	Psychotherapiepraktijk Maastricht	Maastricht	
450-4029	Stichting Fier Fryslân	Leeuwarden	
450-4030	Molendrift B.V.	Groningen	
450-4031	Kompaan en De Bocht	Goirle	
450-4036	Taborhuis	Groesbeek	
450-4038	Evean Thuiszorg (Regio Zaanstreek/Waterland)	Purmerend	
450-4041	t Kabouterhuis	Amsterdam	
450-4042	Psychologen Praktijk Veldhoven	Veldhoven	
450-4044	TilburgMentaal	Tilburg	
450-4045	Meander Stichting	Veendam	
SUBTOTAAL 5			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18-)

GGZ-INSTELLINGEN 18- (vervolg)

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-4050	VGG Zorg B.V.	Nijmegen	
450-4051	Psychotherapiepraktijk Eindhoven Centrum	Eindhoven	
450-4052	Rubicon	Horn	
450-4053	Tender	Breda	
450-4054	Hendriks & Roosenboom	Arnhem	
450-4055	Interapy Nederland	Amsterdam	
450-4056	Stichting Illuminatus	Utrecht	
450-4057	Terwille	Groningen	
450-4058	Transparant, centrum voor GGZ	Leiden	
450-4060	Miroya	Amersfoort	
450-4061	Stichting Yorneo	Papenvoort	
450-4063	Stichting KRAM	Zaandam	
450-4065	Stichting NKCV	Nijmegen	
450-4066	Zorgmaatwerk B.V.	Winsum	
450-4068	Stichting Psycho Eindhoven	Eindhoven	
450-4069	Autismetotaal.nl	Beek en Donk	
450-4072	EDT Maastricht	Maastricht	
450-4074	HSK Groep B.V.	Arnhem	
450-4075	Max Ernst	Arnhem	
450-4076	Mentaal Beter	Dordrecht	
450-4078	Stichting 1nP	Hellevoetsluis	
450-4080	MoleMann Mental Health Clinics	Almere	
450-4081	Psychologisch expertise Centrum van Gurchom & Partners	Breda	
450-4082	De Stichting Ambulatorium Ottho Gerhard Heldring	Zetten	
450-4083	Ortys depressie centrum B.V.	Capelle aan den IJssel	
450-4084	GGMD voor Doven en Slechthorenden	Gouda	
450-4085	Vitree	Kampen	
450-4086	Stichting De Vruchtenburg	Rotterdam	
450-4087	UVA Minds	Amsterdam	
SUBTOTAAL 6			0
TOTAAL GGZ Instellingen (= totaal subtotaal 1 t/m 6)			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18+)

GGZ-INSTELLINGEN 18+

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-1000	GGZ Drenthe	Beilen	
450-1001	Verslavingszorg Noord Nederland	Groningen	
450-1002	Lentis	Zuidlaren	
450-1003	Accare	Groningen	
450-1004	Instelling voor Cognitieve- en gedragstherapie	Winschoten	
450-1005	Stichting Elker	Groningen	
450-1006	GGZ-Friesland	Leeuwarden	
450-1007	RIAGG Zwolle / Dimence	Deventer	
450-1008	Mediant	Enschede	
450-1009	De Wending	Ugchelen	
450-1010	Stichting Adhesie GGZ Midden Overijssel / Dimence	Deventer	
450-1011	Zwolve Poort / Dimence	Deventer	
450-1012	RIAGG IJsselland / Dimence	Deventer	
450-1013	Stichting GGNet	Warnsveld	
450-1015	Groot Batelaar	Lunteren	
450-1016	Dr. Leo Kannerhuis	Doorwerth	
450-1017	Oldenkotte	Rekken	
450-1018	Iriszorg Arnhem e.o.	Arnhem	
450-1022	Karakter	Ede	
450-1023	Sinai-Centrum GGZ	Amstelveen	
450-1024	Symfora Groep	Amersfoort	
450-1025	Meerkanten	Ermelo	
450-1026	Bosman GGZ	Lelystad	
450-1027	RIAGG Amersfoort e.o.	Amersfoort	
450-1029	Stichting Centrum Maliebaan	Utrecht	
450-1030	Eleos	Nieuwegein	
450-1031	Dr. Henri van der Hoeven Stichting	Utrecht	
450-1032	Arta-Lievegoedgroep	Bilthoven	
450-1034	Stichting GGZ Noord-Holland-Noord	Heerhugowaard / Alkmaar	
450-1035	Triversum	Alkmaar	
SUBTOTAAL 1			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18+)

GGZ-INSTELLINGEN 18+ (vervolg)

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-1037	Nederlands Psychoanalytisch Instituut	Amsterdam	
450-1038	De Bascule	Duivendrecht	
450-1039	GGD Amsterdam	Amsterdam	
450-1041	Jeugdriagg Noord Holland Zuid	Haarlem	
450-1043	Centrum '45	Oegstgeest	
450-1044	Curium	Oegstgeest	
450-1047	De Jutters	's-Gravenhage	
450-1050	Rivierduinen	Oegstgeest	
450-1052	De Kijvelanden	Poortugaal	
450-1053	Delta Psychiatrisch ziekenhuis	Poortugaal	
450-1054	Bouman GGZ	Rotterdam	
450-1056	Stichting Riagg Rijnmond Noord West	Rotterdam	
450-1058	De Hoop	Dordrecht	
450-1060	FortaGroep BV	Rhoon	
450-1061	Emergis	Kloetinge	
450-1062	De Viersprong	Halsteren	
450-1063	GGZ Westelijk Noord-Brabant	Halsteren	
450-1064	Novadic-Kentron	Vught	
450-1065	RIBW Midden-Brabant	Tilburg	
450-1066	Reinier van Arkel Groep	's-Hertogenbosch	
450-1068	Geïntegreerde GGZ Eindhoven en de Kempen	Eindhoven	
450-1071	De Mutsearsstichting	Venlo	
450-1072	Vincent van Gogh Instituut	Venray	
450-1073	FPP De Horst	Tegelen	
450-1074	Stichting RiaggZuid	Roermond	
450-1075	Orbis Geestelijke Gezondheidszorg B.V.	Sittard	
450-1076	Stichting Mensana	Venlo	
450-1077	RIAGG Maastricht	Maastricht	
SUBTOTAAL 2			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18+)

GGZ-INSTELLINGEN 18+ (vervolg)

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-1078	Stichting Arkin	Amsterdam	
450-1079	Stichting Tactus verslavingszorg (PZ)	Zwolle	
450-1080	GGZ Nijmegen	Nijmegen	
450-1081	GGZ inGeest	Bennebroek	
450-1083	Stichting GGZ Breburg Groep Midden-Brabant	Tilburg	
450-1084	Mondriaan Zorggroep	Heerlen	
450-1085	Stichting Altrecht	Den Dolder / Woerden	
450-1086	Zonnehuizen Veldheim	Zeist	
450-1087	GGZ Delfland	Delft	
450-1088	Stichting Wonen en Psychiatrie	Terneuzen	
450-1089	PI - Groep B.V.	Drachten	
450-1090	Stichting Jeugdhulp Friesland	Leeuwarden	
450-1092	Stichting De Brug Midden-Nederland	Katwijk	
450-1093	Stichting Parnassia Bavo Groep	's-Gravenhage	
450-1094	GGZ Oost-Brabant	Rosmalen	
450-1096	Stichting Amarant (Dr. Leo Kannerhuis)	Tilburg	
450-1097	Stichting Yulius	Dordrecht	
450-1098	Pro Persona	Wolfheze	
450-2000	Militaire Geestelijke Gezondheidszorg	Utrecht	
450-2005	Röpcke-Zweers Ziekenhuis (PAAZ)	Hardenberg	
450-2006	Diaconessenhuis (PAAZ)	Meppel	
450-2007	Isala Klinieken (PAAZ)	Zwolle	
450-2008	IJsselmeerziekenhuizen (PAAZ)	Emmeloord	
450-2009	Medisch Spectrum Twente (PAAZ)	Enschede	
450-2010	Gelre Ziekenhuizen (PAAZ)	Apeldoorn	
450-2011	Ziekenhuis Rijnstate (PAAZ)	Arnhem	
450-2014	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (PAAZ)	Nijmegen	
450-2015	Meander Medisch Centrum (PAAZ)	Amersfoort	
450-2017	Hofpoort Ziekenhuis (PAAZ)	Woerden	
450-2018	Stichting St. Antonius Ziekenhuis (PAAZ)	Nieuwegein	
SUBTOTAAL 3			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18+)

GGZ-INSTELLINGEN 18+ (vervolg)

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-2019	Tergooiziekenhuizen (PAAZ)	Hilversum	
450-2020	Medisch Centrum Alkmaar (PAAZ)	Alkmaar	
450-2021	Kennemer Gasthuis (PAAZ)	Haarlem	
450-2022	Waterlandziekenhuis (PAAZ)	Purmerend	
450-2023	Zaans Medisch Centrum (PAAZ)	Zaandam	
450-2024	Sint Lucas-Andreas Ziekenhuis (PAAZ)	Amsterdam	
450-2025	Albert Schweitzer Ziekenhuis (PAAZ)	Dordrecht	
450-2026	Stichting Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (PAAZ)	Vlissingen	
450-2027	ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen (locatie De Honte) (PAAZ)	Terneuzen	
450-2028	Stichting Lievensberg Ziekenhuis (PAAZ)	Bergen op Zoom	
450-2029	Amphia Ziekenhuis (PAAZ)	Breda	
450-2030	Sint Elisabeth Ziekenhuis (PAAZ)	Tilburg	
450-2031	TweeSteden Ziekenhuis (PAAZ)	Tilburg	
450-2032	Catharina Ziekenhuis (PAAZ)	Eindhoven	
450-2033	Sint Anna Zorggroep (PAAZ)	Geldrop	
450-2034	Elkerliek Ziekenhuis (PAAZ)	Helmond	
450-2035	Maxima Medisch Centrum (PAAZ)	Veldhoven	
450-2036	Laurentius Ziekenhuis Roermond (PAAZ)	Roermond	
450-2037	Sint Jans Gasthuis (PAAZ)	Weert	
450-2039	Atrium Heerlen (PAAZ)	Heerlen	
450-2040	Rode Kruis Ziekenhuis (PAAZ)	Beverwijk	
450-2041	Ziekenhuisgroep Twente (PAAZ)	Almelo	
450-2042	GGZ poli BovenIJ Ziekenhuis	Amsterdam	
450-2043	GGZ poli Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Amsterdam	
450-2044	Universitaire Medisch Centrum Groningen (PUK)	Groningen	
450-2045	Universitaire Medisch Centrum St. Radboud (PUK)	Nijmegen	
450-2046	Universitaire Medisch Centrum Utrecht (PUK)	Utrecht	
450-2047	Academisch Medisch Centrum Amsterdam (PUK)	Amsterdam	
450-2048	Leids Universitaire Medisch Centrum (PUK)	Leiden	
450-2049	Erasmus Universitaire Medisch Centrum (PUK)	Rotterdam	
450-2050	Academisch Ziekenhuis Maastricht (PUK)	Maastricht	
450-2051	Antonius Ziekenhuis (PAAZ)	Sneek	
SUBTOTAAL 4			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18+)

GGZ-INSTELLINGEN 18+ (vervolg)

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-2052	Medisch Centrum Leeuwarden /Oranjeoord (PAAZ)	Leeuwarden	
450-2053	Wilhelmina Ziekenhuis (PAAZ)	Assen	
450-3001	Talant	Drachten	
450-3007	Juvent	Middelburg	
450-3009	Raphaelstichting (Noord-Holland Noord)	Schoorl	
450-3010	Stichting Bartiméus-Sonneheerdt	Doom	
450-3012	Gastenhof / Koraal Groep	Simpelveld	
450-3013	De Eik (regio Stedendriehoek) / Ambiq	Hengelo	
450-3014	Tjallingahiem	Leeuwarden	
450-4000	In Hoofdzaken B.V.	Heerenveen	
450-4001	Stichting H+B Jeugd GGZ	's-Gravenhage	
450-4007	Nehemia Hulpverlening	Heerhugowaard	
450-4008	Het Helen Dowling Instituut	Utrecht	
450-4009	Virenze Algemeen Beheer B.V.	Gronsveld	
450-4011	Doc Geriant	Heerhugowaard	
450-4013	Amacura	Geleen	
450-4015	Het Behouden Huys	Haren	
450-4016	In de Bres	Drachten	
450-4018	Psygro B.V.	Zaandam	
450-4022	De Praktijk	Alkmaar	
450-4023	Lionarons GGZ B.V.	Heerlen	
450-4028	Psychotherapiepraktijk Maastricht	Maastricht	
450-4029	Stichting Fier Fryslân	Leeuwarden	
450-4030	Molendrift B.V.	Groningen	
450-4031	Kompaan en De Bocht	Goirle	
450-4036	Taborhuis	Groesbeek	
450-4038	Evean Thuiszorg (Regio Zaanstreek/Waterland)	Purmerend	
450-4041	t Kabouterhuis	Amsterdam	
450-4042	Psychologen Praktijk Veldhoven	Veldhoven	
450-4044	TilburgMentaal	Tilburg	
450-4045	Meander Stichting	Veendam	
SUBTOTAAL 5			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING (GGZ-instellingen 18+)

GGZ-INSTELLINGEN 18+ (vervolg)

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN GGZ 2012
450-4050	VGG Zorg B.V.	Nijmegen	
450-4051	Psychotherapiepraktijk Eindhoven Centrum	Eindhoven	
450-4052	Rubicon	Horn	
450-4053	Tender	Breda	
450-4054	Hendriks & Roosenboom	Arnhem	
450-4055	Interapy Nederland	Amsterdam	
450-4056	Stichting Illuminatus	Utrecht	
450-4057	Terwille	Groningen	
450-4058	Transparant, centrum voor GGZ	Leiden	
450-4060	Miroya	Amersfoort	
450-4061	Stichting Yorneo	Papenvoort	
450-4063	Stichting KRAM	Zaandam	
450-4065	Stichting NKCV	Nijmegen	
450-4066	Zorgmaatwerk B.V.	Winsum	
450-4068	Stichting Psycho Eindhoven	Eindhoven	
450-4069	Autismetotaal.nl	Beek en Donk	
450-4072	EDT Maastricht	Maastricht	
450-4074	HSK Groep B.V.	Arnhem	
450-4075	Max Ernst	Arnhem	
450-4076	Mentaal Beter	Dordrecht	
450-4078	Stichting 1nP	Hellevoetsluis	
450-4080	MoleMann Mental Health Clinics	Almere	
450-4081	Psychologisch expertise Centrum van Gurchom & Partners	Breda	
450-4082	De Stichting Ambulatorium Ottho Gerhard Heldring	Zetten	
450-4083	Ortys depressie centrum B.V.	Capelle aan den IJssel	
450-4084	GGMD voor Doven en Slechthorenden	Gouda	
450-4085	Vitree	Kampen	
450-4086	Stichting De Vruchtenburg	Rotterdam	
450-4087	UVA Minds	Amsterdam	
SUBTOTAAL 6			0
TOTAAL GGZ Instellingen (= totaal subtotaal 1 t/m 6)			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

TOTALE KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING

GGZ-INSTELLINGEN

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	TOTALE KOSTEN GGZ 2012*)
450-1000	GGZ Drenthe	Beilen	0
450-1001	Verslavingszorg Noord Nederland	Groningen	0
450-1002	Lentis	Zuidlaren	0
450-1003	Accare	Groningen	0
450-1004	Instelling voor Cognitieve- en gedragstherapie	Winschoten	0
450-1005	Stichting Elker	Groningen	0
450-1006	GGZ-Friesland	Leeuwarden	0
450-1007	RIAGG Zwolle / Dimence	Deventer	0
450-1008	Mediant	Enschede	0
450-1009	De Wending	Ugchelen	0
450-1010	Stichting Adhesie GGZ Midden Overijssel / Dimence	Deventer	0
450-1011	Zwolve Poort / Dimence	Deventer	0
450-1012	RIAGG IJsselland / Dimence	Deventer	0
450-1013	Stichting GGNet	Warnsveld	0
450-1015	Groot Batelaar	Lunteren	0
450-1016	Dr. Leo Kannerhuis	Doorwerth	0
450-1017	Oldenkotte	Rekken	0
450-1018	Iriszorg Arnhem e.o.	Arnhem	0
450-1022	Karakter	Ede	0
450-1023	Sinai-Centrum GGZ	Amstelveen	0
450-1024	Symfora Groep	Amersfoort	0
450-1025	Meerkanten	Ermelo	0
450-1026	Bosman GGZ	Lelystad	0
450-1027	RIAGG Amersfoort e.o.	Amersfoort	0
450-1029	Stichting Centrum Maliebaan	Utrecht	0
450-1030	Eleos	Nieuwegein	0
450-1031	Dr. Henri van der Hoeven Stichting	Utrecht	0
450-1032	Arta-Lievegoedgroep	Bilthoven	0
450-1034	Stichting GGZ Noord-Holland-Noord	Heerhugowaard / Alkmaar	0
450-1035	Triversum	Alkmaar	0
SUBTOTAAL 1			0

*) Het betreft de som van de tabbladen GGZ-Instellingen 18- & GGZ-Instellingen 18+

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

TOTALE KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING

GGZ-INSTELLINGEN

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	TOTALE KOSTEN GGZ 2012*)
450-1037	Nederlands Psychoanalytisch Instituut	Amsterdam	0
450-1038	De Bascule	Duivendrecht	0
450-1039	GGD Amsterdam	Amsterdam	0
450-1041	Jeugdriagg Noord Holland Zuid	Haarlem	0
450-1043	Centrum '45	Oegstgeest	0
450-1044	Curium	Oegstgeest	0
450-1047	De Jutters	's-Gravenhage	0
450-1050	Rivierduinen	Oegstgeest	0
450-1052	De Kijvelanden	Poortugaal	0
450-1053	Delta Psychiatrisch ziekenhuis	Poortugaal	0
450-1054	Bouman GGZ	Rotterdam	0
450-1056	Stichting Riagg Rijnmond Noord West	Rotterdam	0
450-1058	De Hoop	Dordrecht	0
450-1060	FortaGroep BV	Rhoon	0
450-1061	Emergis	Kloetinge	0
450-1062	De Viersprong	Halsteren	0
450-1063	GGZ Westelijk Noord-Brabant	Halsteren	0
450-1064	Novadic-Kentron	Vught	0
450-1065	RIBW Midden-Brabant	Tilburg	0
450-1066	Reinier van Arkel Groep	's-Hertogenbosch	0
450-1068	Geïntegreerde GGZ Eindhoven en de Kempen	Eindhoven	0
450-1071	De Mutsearsstichting	Venlo	0
450-1072	Vincent van Gogh Instituut	Venray	0
450-1073	FPP De Horst	Tegelen	0
450-1074	Stichting RiaggZuid	Roermond	0
450-1075	Orbis Geestelijke Gezondheidszorg B.V.	Sittard	0
450-1076	Stichting Mensana	Venlo	0
450-1077	RIAGG Maastricht	Maastricht	0
SUBTOTAAL 2			0

*) Het betreft de som van de tabbladen GGZ-Instellingen 18- & GGZ-Instellingen 18+

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

TOTALE KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING

GGZ-INSTELLINGEN

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	TOTALE KOSTEN GGZ 2012*)
450-1078	Stichting Arkin	Amsterdam	0
450-1079	Stichting Tactus verslavingszorg (PZ)	Zwolle	0
450-1080	GGZ Nijmegen	Nijmegen	0
450-1081	GGZ inGeest	Bennebroek	0
450-1083	Stichting GGZ Breburg Groep Midden-Brabant	Tilburg	0
450-1084	Mondriaan Zorggroep	Heerlen	0
450-1085	Stichting Altrecht	Den Dolder / Woerden	0
450-1086	Zonnehuizen Veldheim	Zeist	0
450-1087	GGZ Delfland	Delft	0
450-1088	Stichting Wonen en Psychiatrie	Terneuzen	0
450-1089	PI - Groep B.V.	Drachten	0
450-1090	Stichting Jeugdhulp Friesland	Leeuwarden	0
450-1092	Stichting De Brug Midden-Nederland	Katwijk	0
450-1093	Stichting Parnassia Bavo Groep	's-Gravenhage	0
450-1094	GGZ Oost-Brabant	Rosmalen	0
450-1096	Stichting Amarant (Dr. Leo Kannerhuis)	Tilburg	0
450-1097	Stichting Yulius	Dordrecht	0
450-1098	Pro Persona	Wolfheze	0
450-2000	Militaire Geestelijke Gezondheidszorg	Utrecht	0
450-2005	Röpcke-Zweers Ziekenhuis (PAAZ)	Hardenberg	0
450-2006	Diaconessenhuis (PAAZ)	Meppel	0
450-2007	Isala Klinieken (PAAZ)	Zwolle	0
450-2008	IJsselmeerziekenhuizen (PAAZ)	Emmeloord	0
450-2009	Medisch Spectrum Twente (PAAZ)	Enschede	0
450-2010	Gelre Ziekenhuizen (PAAZ)	Apeldoorn	0
450-2011	Ziekenhuis Rijnstate (PAAZ)	Arnhem	0
450-2014	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (PAAZ)	Nijmegen	0
450-2015	Meander Medisch Centrum (PAAZ)	Amersfoort	0
450-2017	Hofpoort Ziekenhuis (PAAZ)	Woerden	0
450-2018	Stichting St. Antonius Ziekenhuis (PAAZ)	Nieuwegein	0
SUBTOTAAL 3			0

*) Het betreft de som van de tabbladen GGZ-Instellingen 18- & GGZ-Instellingen 18+

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

TOTALE KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING

GGZ-INSTELLINGEN

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	TOTALE KOSTEN GGZ 2012*)
450-2019	Tergooiziekenhuizen (PAAZ)	Hilversum	0
450-2020	Medisch Centrum Alkmaar (PAAZ)	Alkmaar	0
450-2021	Kennemer Gasthuis (PAAZ)	Haarlem	0
450-2022	Waterlandziekenhuis (PAAZ)	Purmerend	0
450-2023	Zaans Medisch Centrum (PAAZ)	Zaandam	0
450-2024	Sint Lucas-Andreas Ziekenhuis (PAAZ)	Amsterdam	0
450-2025	Albert Schweitzer Ziekenhuis (PAAZ)	Dordrecht	0
450-2026	Stichting Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (PAAZ)	Vlissingen	0
450-2027	ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen (locatie De Honte) (PAAZ)	Terneuzen	0
450-2028	Stichting Lievensberg Ziekenhuis (PAAZ)	Bergen op Zoom	0
450-2029	Amphia Ziekenhuis (PAAZ)	Breda	0
450-2030	Sint Elisabeth Ziekenhuis (PAAZ)	Tilburg	0
450-2031	TweeSteden Ziekenhuis (PAAZ)	Tilburg	0
450-2032	Catharina Ziekenhuis (PAAZ)	Eindhoven	0
450-2033	Sint Anna Zorggroep (PAAZ)	Geldrop	0
450-2034	Elkerliek Ziekenhuis (PAAZ)	Helmond	0
450-2035	Maxima Medisch Centrum (PAAZ)	Veldhoven	0
450-2036	Laurentius Ziekenhuis Roermond (PAAZ)	Roermond	0
450-2037	Sint Jans Gasthuis (PAAZ)	Weert	0
450-2039	Atrium Heerlen (PAAZ)	Heerlen	0
450-2040	Rode Kruis Ziekenhuis (PAAZ)	Beverwijk	0
450-2041	Ziekenhuisgroep Twente (PAAZ)	Almelo	0
450-2042	GGZ poli BovenIJ Ziekenhuis	Amsterdam	0
450-2043	GGZ poli Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Amsterdam	0
450-2044	Universitaire Medisch Centrum Groningen (PUK)	Groningen	0
450-2045	Universitaire Medisch Centrum St. Radboud (PUK)	Nijmegen	0
450-2046	Universitaire Medisch Centrum Utrecht (PUK)	Utrecht	0
450-2047	Academisch Medisch Centrum Amsterdam (PUK)	Amsterdam	0
450-2048	Leids Universitaire Medisch Centrum (PUK)	Leiden	0
450-2049	Erasmus Universitaire Medisch Centrum (PUK)	Rotterdam	0
450-2050	Academisch Ziekenhuis Maastricht (PUK)	Maastricht	0
450-2051	Antonius Ziekenhuis (PAAZ)	Sneek	0
SUBTOTAAL 4			0

*) Het betreft de som van de tabbladen GGZ-Instellingen 18- & GGZ-Instellingen 18+

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

TOTALE KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING

GGZ-INSTELLINGEN

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	TOTALE KOSTEN GGZ 2012*)
450-2052	Medisch Centrum Leeuwarden /Oranjeoord (PAAZ)	Leeuwarden	0
450-2053	Wilhelmina Ziekenhuis (PAAZ)	Assen	0
450-3001	Talant	Drachten	0
450-3007	Juvent	Middelburg	0
450-3009	Raphaelstichting (Noord-Holland Noord)	Schoorl	0
450-3010	Stichting Bartiméus-Sonneheerdt	Doom	0
450-3012	Gastenhof / Koraal Groep	Simpelveld	0
450-3013	De Eik (regio Stedendriehoek) / Ambiq	Hengelo	0
450-3014	Tjallingahiem	Leeuwarden	0
450-4000	In Hoofdzaken B.V.	Heerenveen	0
450-4001	Stichting H+B Jeugd GGZ	's-Gravenhage	0
450-4007	Nehemia Hulpverlening	Heerhugowaard	0
450-4008	Het Helen Dowling Instituut	Utrecht	0
450-4009	Virenze Algemeen Beheer B.V.	Gronsveld	0
450-4011	Doc Geriant	Heerhugowaard	0
450-4013	Amacura	Geleen	0
450-4015	Het Behouden Huys	Haren	0
450-4016	In de Bres	Drachten	0
450-4018	Psygro B.V.	Zaandam	0
450-4022	De Praktijk	Alkmaar	0
450-4023	Lionarons GGZ B.V.	Heerlen	0
450-4028	Psychotherapiepraktijk Maastricht	Maastricht	0
450-4029	Stichting Fier Fryslân	Leeuwarden	0
450-4030	Molendrift B.V.	Groningen	0
450-4031	Kompaan en De Bocht	Goirle	0
450-4036	Taborhuis	Groesbeek	0
450-4038	Evean Thuiszorg (Regio Zaanstreek/Waterland)	Purmerend	0
450-4041	t Kabouterhuis	Amsterdam	0
450-4042	Psychologen Praktijk Veldhoven	Veldhoven	0
450-4044	TilburgMentaal	Tilburg	0
450-4045	Meander Stichting	Veendam	0
SUBTOTAAL 5			0

*) Het betreft de som van de tabbladen GGZ-Instellingen 18- & GGZ-Instellingen 18+

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

TOTALE KOSTEN GGZ

SPECIFICATIES PER INSTELLING

GGZ-INSTELLINGEN

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	TOTALE KOSTEN GGZ 2012*)
450-4050	VGG Zorg B.V.	Nijmegen	0
450-4051	Psychotherapiepraktijk Eindhoven Centrum	Eindhoven	0
450-4052	Rubicon	Horn	0
450-4053	Tender	Breda	0
450-4054	Hendriks & Roosenboom	Arnhem	0
450-4055	Interapy Nederland	Amsterdam	0
450-4056	Stichting Illuminatus	Utrecht	0
450-4057	Terwille	Groningen	0
450-4058	Transparant, centrum voor GGZ	Leiden	0
450-4060	Miroya	Amersfoort	0
450-4061	Stichting Yorneo	Papenvoort	0
450-4063	Stichting KRAM	Zaandam	0
450-4065	Stichting NKCV	Nijmegen	0
450-4066	Zorgmaatwerk B.V.	Winsum	0
450-4068	Stichting Psycho Eindhoven	Eindhoven	0
450-4069	Autismetotaal.nl	Beek en Donk	0
450-4072	EDT Maastricht	Maastricht	0
450-4074	HSK Groep B.V.	Arnhem	0
450-4075	Max Ernst	Arnhem	0
450-4076	Mentaal Beter	Dordrecht	0
450-4078	Stichting 1nP	Hellevoetsluis	0
450-4080	MoleMann Mental Health Clinics	Almere	0
450-4081	Psychologisch expertise Centrum van Gurchom & Partners	Breda	0
450-4082	De Stichting Ambulatorium Ottho Gerhard Heldring	Zetten	0
450-4083	Ortys depressie centrum B.V.	Capelle aan den IJssel	0
450-4084	GGMD voor Doven en Slechthorenden	Gouda	0
450-4085	Vitree	Kampen	0
450-4086	Stichting De Vruchtenburg	Rotterdam	0
450-4087	UVA Minds	Amsterdam	0
SUBTOTAAL 6			0
TOTAAL GGZ Instellingen (= totaal subtotaal 1 t/m 6)			0

*) Het betreft de som van de tabbladen GGZ-Instellingen 18- & GGZ-Instellingen 18+

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2012

TOTALE KOSTEN DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

SOMATISCHE-INSTELLINGEN

NZa- code	NAAM INSTELLING	PLAATS	TOTALE DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S DBC'S 2012*)
011-0100	Beatrixoord	Haren	0
011-0702	Universitair Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald	Groesbeek	0
011-1000	Astmacentrum Heideheuvel	Hilversum	0
011-2400	Stichting Hornerheide	Horn	0
011-2600	Nederlands Astmacentrum Davos	Davos-Platz (CH)	0
040-1200	SEIN	Hoofddorp	0
040-2020	Kempenhaeghe	Heeze	0
TOTALE KOSTEN SOMATISCHE INSTELLINGEN			0

*) Het betreft de som van alle instellingen van het tabblad Kostencomponent A-segment

7 Record lay-out informatie risicoverevening

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

- Structuur gegevensvraag Verzekerde periode en persoonskenmerken met BSN 2013
- Structuur gegevensvraag Persoonskenmerken 2014
- Structuur gegevensvraag Farmaciegegevens 2013 ten behoeve van farmaceutische Kostengroepen (FKG)
- Structuur gegevensvraag DBC's somatisch geopend in 2012 ten behoeve van Diagnose Kostengroepen (DKG)
- Structuur gegevensvraag DBC's GGZ geopend in 2012
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2011
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2012
- Structuur gegevensvraag hulpmiddelengegevens 2013 ten behoeve van Kostengroepen (FKG)

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND VERZEKERDE PERIODEN EN PERSOONSKENMERKEN VERZEKERDEN 2013 MET BSN TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2013 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJMMDD Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJMMDD De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2013.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJMMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2013.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201201 versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	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	NNNNA 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	EEJMM Geboortjaar en -maand van de verzekerde
	7	Geslacht	40	40	1	N	1 Man 2 Vrouw
	8	Identificatie buitenland	41	41	1	N	1 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene
	9	Begindatum verzekering	42	49	8	N	EEJMMDD Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is aangevangen. Als de begindatum ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan is het toegestaan om 01 januari van het betreffende jaar als begindatum op te nemen.
	10	Einddatum verzekering	50	57	8	N	EEJMMDD 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 het 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 = 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.

*) Uitsluitend vullen indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetene, identificatie buitenland heeft codering 1). (Uitsluitend) het meest recente adres opnemen. 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, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

Vervolg Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013

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

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND PERSOONSKENMERKEN 2014 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 2014 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval betreft het de peildatum 1 mei 2014 .
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval is de einddatum gelijk aan de begindatum.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201201	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Postcode woonadres *)	11	16	6	AN	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	Geboortejaar en -maand	34	39	6	N	EEJJMM	Geboortejaar 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 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortejaar en -maand	23	36	14	N		De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortejaar en -maand als een getal worden gezien

*) Uitsluitend vullen indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetene, identificatie buitenland heeft codering 1). (Uitsluitend) het meest recente adres opnemen. Bij voorkeur 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, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

Vervolg Persoonskenmerken 2014

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

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND FARMACIEGEGEVENS 2013 TEN BEHOEVE VAN FARMACIE KOSTENGROEPEN (FKG) IN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	El / 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 2013 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 2013.
	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 2013.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201202		versienummer deze record-layout
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 2		0208 Man Vrouw
	5	Datum van aflevering	18	25	8	N	EEJJMMDD		0409
	6	Prestatiecode (ZI-artikelnummer)	26	37	12	N			0411 Conform G-standaard
	7	Voorgescreven dosering	38	38	1	N	1 2 3		0426 De voorgeschreven dosering is bekend De voorgeschreven dosering is bekend, maar niet in een (gemiddeld) verbruik per dag uit te drukken (rubriek 9 vullen met nullen) De voorgeschreven dosering is onbekend (rubriek 9 vullen met nullen)
	8	Afleveringseenheid	39	40	2	AN			0412 Conform G-standaard
	9	Gemiddelde 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 afgeleverd middel	50	58	9	N			0414 De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingstekens.
	11	Indicatie debet credit	59	59	1	AN	D C		0438 Debet Credit
	12	Schadebedrag in centen	60	67	8	N			0431 Gedeclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 10) i.h.k.v. de basisverzekering Zvw. Het bedrag is conform de El-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)

Vervolg Farmacie gegevens 2013

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

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND DBC's SOMATISCH GEOPEND IN 2012 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 2012 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, 2012.
	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, 2012.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201203	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Sofinumner/ 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	DBC-zorgproductcode	15	23	9	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	5	Declaratiecode DBC	24	29	6	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	6	Diagnosecode	30	33	4	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	7	Maand van opening subtraject	34	35	2	N	MM	Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	8	AGB code instelling	36	43	8	N		Zoals vermeld op de declaratie.
	9	Indicatie debet credit	44	44	1	AN	D C	Debet Credit
	10	Schadebedrag in centen	45	52	8	N		Gedeclareerde kosten voor DBC's somatisch in het kader van de basisverzekering Zww. Het bedrag is in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg DBC's somatisch 2012

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

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND DBC's GGZ GEOPEND IN 2012 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 2012 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2012. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2012.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2012. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2012.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201202	versienummer deze record-layout
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	Prestatiecode DBC	11	22	12	AN		Inclusief eventueel gemaskeerde diagnoscode.
	4	Declaratiecode	23	28	6	AN		Declaratiecode van de DBC GGZ (behandeling) dan wel de declaratiecode van de deelprestatie 24-uur verblijf: als bij de DBC ook een (of meer) deelprestatie(s) 24-uursverblijf zijn gedeclareerd dan een (of meer) afzonderlijk(e) detailrecord(s) aanleveren met de declaratiecode van de betreffende deelprestatie.
	5	Maand van opening van de DBC	29	30	2	N	MM	Uitsluitend DBC's GGZ.
	6	Indicatie debet credit	31	31	1	AN	D C	Debet Credit
	7	Schadebedrag in centen	32	39	8	N		Gedeclareerde kosten voor de DBC GGZ (behandeling) dan wel de gedeclareerde kosten voor de deelprestatie 24-uursverblijf, in het kader van de basisverzekering Zvw: als bij de DBC ook een (of meer) deelprestatie(s) 24-uursverblijf zijn gedeclareerd dan een (of meer) afzonderlijk(e) detailrecord(s) aanleveren met de gedeclareerde kosten van de betreffende deelprestatie. De bedragen zijn 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 7 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg DBC's GGZ 2012

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| 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; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer. |

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND KOSTEN PER VERZEKERDE 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 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 2011. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2011.
	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 2011. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2011.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201201	versienummer deze record-layout
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 voor het bestand Kosten per verzekerde.
	4	Schadebedrag 'overige prestaties' in centen	20	28	9	N		De kosten van 'overige prestaties' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde.
	5	Schadebedrag 'B-DBC's' in centen	29	37	9	N		De kosten van 'B-DBC's' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde.
	6	Schadebedrag 'GGZ' in centen	38	46	9	N		De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde.
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.
	8	Totaal schadebedrag "GGZ"	65	78	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.

Vervolg Kosten per verzekerde 2011

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; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer. |
|-----------------------------------|---|

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAGZORGINSTITUUT NEDERLAND KOSTEN PER VERZEKERDE 2012 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooplecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooplecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2012 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 2012. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2012.
	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 2012. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2012.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201202	versienummer deze record-layout
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 voor het bestand Kosten per verzekerde.
	4	Schadebedrag 'overige prestaties' in centen	20	28	9	N		De kosten van 'overige prestaties' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde.
	5	Schadebedrag 'DBC-zorproducten vrije segment' in centen	29	37	9	N		De kosten van 'DBC zorgproducten vrije segment' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde.
	6	Schadebedrag 'GGZ' in centen	38	46	9	N		De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde.
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.
	8	Totaal schadebedrag "GGZ"	65	78	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.

Vervolg Kosten per verzekerde 2012

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; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer. |
|-----------------------------------|---|

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND HULPMIDDELEN 2013 TEN BEHOEVE VAN HULPMIDDELEN KOSTENGROEPEN (HKG) 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 2013 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 2013.
	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 2013.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201401	versienummer deze record-layout
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	Datum van aflevering	11	18	8	N	EEJJMMDD	Vullen met de datum waarop de prestatie geleverd is. Dit is de afleverdatum en/of de datum van de dienstverlening.
	4	GPH-code	19	30	12	AN		Uniforme GPH-code (inclusief de conversie van ZI-nummers) conform afspraak
	5	Indicatie debet credit	31	31	1	AN	D C	Debet Credit
	6	Schadebedrag in centen	32	39	8	N		Gedeclareerde kosten voor hulpmiddelen in het kader van de basisverzekering Zwv. Het bedrag is in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - inclusief BTW - exclusief eventuele eigen bijdrage(n) - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Hulpmiddelengegevens 2013

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