

HANDBOEK INFORMATIE ZORGVERZEKERINGSWET 2022

Inhoud

1 Algemeen	3
1.1 Indeling Handboek	4
1.2 Aanlevering van gegevens	5
1.3 Gebruik van de uitvraag conform het Handboek	10
1.4 Wijzigingen en aandachtspunten	12
1.4.1 Wijzigingen en aandachtspunten 2020 (versie december 2019)	13
1.4.2 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2020 (versie februari 2020)	16
1.4.3 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2020 (versie 3, juli 2020)	17
1.4.4 Wijzigingen en aandachtspunten 2021 (versie december 2020)	18
1.4.5 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2021 (versie april 2021)	21
1.4.6 Wijzigingen en aandachtspunten 2022 (versie december 2021)	23
1.4.7 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2022 (versie maart 2022)	27
2 Specifieke Informatie A	28
2.1 Bestuursverklaring	29
2.2 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat	33
2.2.1 Kostenverzamelstaat	35
2.2.2 Kosten naar deelbijdrage	54
2.2.3 Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg	56
2.2.4 Specificaties rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg	58
2.2.5 Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg	59
2.2.6 Specificaties rubriek 16 Kwaliteitsgelden	61
2.2.7 Verzekerdenstanden	62
2.2.8 Berekende nominale rekenpremies gedetineerden	64
3 Specifieke Informatie C	65
3.1 Specificaties van kosten en productie	67
3.1.1 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg (MDZ)	68
3.1.2 02 Farmaceutische zorg	72
3.1.3 03 Verpleging en Verzorging	74
3.1.4 04 Mondzorg	75
3.1.5 05 Verloskundige zorg	76
3.1.6 06 Medisch specialistische zorg	77
3.1.7 09 Ziekenvervoer	83
3.1.8 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg	85
3.1.9 11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen (GZSP)	86
3.1.10 12 Kraamzorg	87
3.1.11 13 Diverse Overige kosten	88
3.1.12 15 Grensoverschrijdende zorg	91
3.2 Contractinformatie	93
3.3 Regeling wanbetalers	101
4 Definities Kosten en Productie	104
4.1 Kostenbegrip	105
4.2 Kolommen kostenverzamelstaat	108
4.2.1 Kolommen kwartaalstaten	108
4.2.2 Kolommen Jaarstaat	111
4.3 Kostenrubrieken en kostencodenummers	113

5 Aanvullende informatie risicoverevening	138
5.1 Beschrijving gegevensuitvraag vanwege het uitvoeringsproces risicoverevening	140
5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken	143
5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken	151
5.4 Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)	156
5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's)	161
5.6 Gegevensvraag GGZ	165
5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde	170
5.8 Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's)	182
5.9 Gegevensvraag add-ons geneesmiddelen	186
5.10 Gegevensvraag fysiotherapie en oefentherapie kostengroepen	190
5.11 Gegevensvraag Wlz-gegevens	195
6 Record lay-out informatie risicoverevening	199

1 Algemeen

1.1 Indeling handboek

1.2 Aanlevering van gegevens

1.3 Gebruik van de uitvraag conform het handboek

1.4 Wijzigingen en aandachtspunten

Algemeen

Het Handboek Informatie Zorgverzekeringswet gaat over de specifieke informatie die zorgverzekeraars en Wlz uitvoerders 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. In paragraaf 1.3 geven wij per afnemer aan voor welke doelen de leveringen van het Zorginstituut worden gebruikt.

In paragraaf 1.4 zijn de wijzigingen en aandachtspunten voor de in dit Handboek meest relevante jaren (2020, 2021 en 2022) opgenomen.

Invoer gegevens en afronding in de kwartaal- en jaarstaten

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

1.1 Indeling Handboek

Het Handboek Informatie Zorgverzekeringswet gaat over de specifieke informatie die zorgverzekeraars en Wlz uitvoerders aan Zorginstituut Nederland moeten aanleveren in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). 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. De hoofdstukken 2 en 3 volgen de indeling van het elektronisch format van de kwartaal- en jaarstaten, zoals die op de website van het Zorginstituut geplaatst worden. In hoofdstuk 4 treft u diverse definities aan van begrippen zoals die in de kwartaal- en jaarstaten van toepassing zijn. Hoofdstuk 5 gaat over de aanvullende informatie risicoverevening. Hoofdstuk 6 geeft de record lay-out van de bestanden die u ten behoeve van de risicoverevening moet aanleveren.

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

- H 2 Specifieke Informatie A;
- H 3 Specifieke Informatie C (beleidsinformatie);
- H 5 Aanvullende informatie risicoverevening.

H 2 Specifieke Informatie A

betreft informatie die in de jaarstaat met accountantsverklaring moet worden aangeleverd. Het gaat hier om detailinformatie voor de risicoverevening inclusief de kostenverzamelstaat. Bij de specifieke informatie A in de jaarstaat moet een bestuursverklaring worden aangeleverd.

Let op

In verband met de nog steeds bestaande onzekerheden als gevolg van COVID-19 worden de jaarlagen 2021 en 2020 van de jaarstaat 2021 zonder assurancerapport aangeleverd, u levert dit deel van de jaarstaat 2021 wel aan met een bestuursverklaring. De jaarlaag 2019 van de jaarstaat 2021 levert u aan met een assurancerapport en een bestuursverklaring. De bestuursverklaring jaarlagen 2021 en 2020 en de bestuursverklaring jaarlaag 2019 zijn opgenomen in hoofdstuk 2.

H 3 Specifieke Informatie C

betreft beleidsinformatie. Het gaat hier om 'specificaties van kosten en productie' van een aantal kostenrubrieken/kostencodenummers, een specificatie van soorten contracten en een specificatie regeling wanbetalers.

H 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.

In hoofdstuk 5 is ook een toelichting op de gegevensuitvraag van het Zorginstituut vanwege het uitvoeringsproces risicoverevening opgenomen.

1.2 Aanlevering van gegevens

De aanlevering van gegevens over de Zvw door de zorgverzekeraars aan Zorginstituut Nederland omvat

- kwartaal- en jaarstaten;
- aanvullende gegevens risicoverevening.

Wlz uitvoerders leveren 1 bestand aan met gegevens Wlz.

Hierna is per onderdeel toegelicht welke gegevens, op welk moment, door wie moeten worden aangeleverd. U levert alle bestanden en documenten aan bij het Zorginstituut.

Gepseudonimiseerde bestanden via ZorgTTP. Voor een nadere toelichting op de voorschriften voor de werkzaamheden van de accountant van de zorgverzekeraar/Wlz uitvoerder, verwijst ik u naar de NZa (o.a. het Protocol dat de NZa jaarlijks uitbrengt).

De aanlevering van declaratiegegevens gebeurt op de volgende wijze.

Aanlevering van declaratiegegevens

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

Voorwaarde daarbij is dat elke zorgverzekeraar bij het Zorginstituut schriftelijk kenbaar heeft gemaakt dat zij ervoor kiest de aanlevering van deze gegevens via Vektis te laten verlopen.

Het Zorginstituut maakt afspraken met Vektis over de wijze waarop de gegevenslevering aan het Zorginstituut plaatsvindt.

Met ingang van kalenderjaar 2021 levert Vektis elk kwartaal de declaratiegegevens over de volgende zorgprestaties/rubrieken aan het Zorginstituut:

01 Huisartsenzorg en MDZ

03 Verpleging en Verzorging

04 Mondzorg

05 Verloskundige zorg

06 Medisch specialistische zorg

07 Paramedische zorg

09 Ziekenvervoer

10 GGZ

11, Geriatrische rev., ELV en GZSP

12 Kraamzorg

De gevraagde gegevens zijn nodig voor de uitvoering van de wettelijke taken van het Zorginstituut, meer in het bijzonder het fondsbeheer, de kwaliteitstaken en het pakketbeheer, met name het programma Zinnige Zorg. In het kader van dit programma licht het Zorginstituut, in opdracht van het ministerie van VWS, het pakket systematisch door en brengt daarbij mogelijkheden van gepast gebruik en onnodige uitgaven in kaart. Daarbij moeten gepast aanbod en gepast gebruik van zorg de kwaliteit van zorg ten goede komen.

Voor een aantal rubrieken vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens. Voor meer informatie zie H3.

Aanlevering van de kwartaal- en jaarstaten Zvw

- Jaarstaat Zvw, specifieke informatie A

De wettelijke termijn voor het indienen van de jaarverantwoording door zorgverzekeraars is uiterlijk 1 juli t+1. De inzenddatum van de jaarstaat is 1 mei t+1.

De inzending van de jaarstaat omvat

- aan Zorginstituut Nederland:
- verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
 - een ASCII bestand met contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling;
 - gewaarmerkte specifieke informatie A met controleverklaring;
 - bestuursverklaring bij de specifieke informatie A.

Bij de jaarstaat 2021, specifieke informatie A levert u de gegevens over de jaarlagen 2021 en 2020 aan met alleen een bestuursverklaring. Zie verder H2.1.
In november leveren de zorgverzekeraars nog 2x een ASCII bestand met contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling.

- **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;
 - een ASCII bestand met contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling.

Aanlevering van aanvullende gegevens risicoverevening in 2022

In het kader van de risicoverevening vraagt Zorginstituut Nederland, naast de kwartaal- en jaarstaten, in 2022 de volgende gegevens op bij de zorgverzekeraars/Wlz uitvoerders:

- Verzekerde periode en persoonskenmerken 2021, bestaande uit een deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN en een deelbestand verzekerden zonder (geverifieerd) BSN;
- Persoonskenmerken 2022 op peildatum 1 mei 2022;
- Farmaciegegevens 2021 per verzekerde;
- DBC-gegevens somatisch 2020 per verzekerde;
- Gegevens GGZ 2020 per verzekerde;
- Gegevens kosten per verzekerde 2019 en 2020;
- Hulpmiddelgegevens 2021 per verzekerde;
- Add-on geneesmiddelen gegevens 2020 per verzekerde;
- Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2021 per verzekerde;
- Wlz-gegevens 2021 per verzekerde.

Onder voorbehoud (zie H5)

- Farmaciegegevens 2020 per verzekerde;
- Hulpmiddelgegevens 2020 per verzekerde;
- Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2020 per verzekerde.

De inzending van de gegevens (deelbestand) verzekerde periode en persoonskenmerken, persoonskenmerken, farmaciegegevens, DBC-gegevens somatisch, gegevens GGZ, kosten per verzekerde 2019, hulpmiddelgegevens, gegevens add-on geneesmiddelen, fysiotherapie- en oefentherapiegegevens en Wlz-gegevens omvat

aan Zorginstituut Nederland:

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

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

De inzending van de gegevens kosten per verzekerde 2020 omvat

aan Zorginstituut Nederland:

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

Aanleverkalender

In onderstaande tabel is weergegeven welke informatie Zvw in 2022 over 2019, 2020, 2021 en 2022 moet worden aangeleverd door de zorgverzekeraars.

Wat	Peildatum/ verslagperiode	Wie 1)	Aanleverdatum
Kwartaalstaat 4 ^e kwartaal 2)	1 ^e tot en met 4 ^e kwartaal 2021 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2021	28 januari 2022
Kwartaalstaat verzekerdstanden	verzekerdstanden januari, februari en maart 2022	alle zorgverzekeraars 2022	7 maart 2022
Kwartaalstaat 1 ^e kwartaal	1 ^e kwartaal 2022 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2022	28 april 2022
Jaarstaat 2)	schadejaren 2021, 2020 en 2019	alle zorgverzekeraars 2021	1 mei 2022
Kosten per Verzekerde	verslagjaar 2019	alle zorgverzekeraars 2019	1 mei 2022
Kosten per Verzekerde	verslagjaar 2020	alle zorgverzekeraars 2020	1 mei 2022
Farmaciegegevens	declaraties 2021 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2021	1 juni 2022
DBC-gegevens (somatisch)	declaraties van DBC's (excl. GGZ) geopend in 2020	alle zorgverzekeraars 2020	1 juni 2022
Gegevens GGZ	declaraties GGZ 2020	alle zorgverzekeraars 2020	1 juni 2022
Verzekerde periode en persoonskenmerken	verslagjaar 2021	alle zorgverzekeraars 2021	1 juni 2022
Persoonskenmerken	1 mei 2022	Alle zorgverzekeraars 2022	1 juni 2022
Hulpmiddelgegevens	declaraties 2021 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2021	1 juni 2022
Add-on geneesmiddelen	declaraties add-on geneesmiddelen 2020	alle zorgverzekeraars 2020	1 juni 2022
Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens	declaraties 2021 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2021	1 juni 2022
Gegevens Wlz	Declaraties 2021	alle Wlz-uitvoerders 2021	1 juni 2022
Kwartaalstaat 2 ^e kwartaal 2)	1 ^e tot en met 2 ^e kwartaal 2022 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2022	28 juli 2022
Kwartaalstaat 3 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 3 ^e kwartaal 2022 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2022	28 oktober 2022
Contractinformatie medisch specialistische zorg	Verslagjaar 2020 en 2022	alle zorgverzekeraars 2020 en 2021	30 november 2022

- 1) De risicodragende zorgverzekeraar moet één opgave/bestand indienen, waarin de opgaven van eventuele volmachten zijn opgenomen. De risicodragende zorgverzekeraar moet er zorg voor dragen dat de opgenomen opgaven van de volmachten voldoen aan de voorschriften.
- 2) Bij de 2^e en 4^e kwartaalstaat en de jaarstaat levert u ook contractinformatie medische specialistische zorg per instelling aan (zie paragraaf 3.2.)

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

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

Dit betekent onder meer dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de directe relatie tussen de gegevensbestanden die aan 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.

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

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

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

Adres- en contactgegevens

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

- Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH DIEMEN
E-mail: verslagdocumenten@zinl.nl

Voor het veilig versturen van bedrijfsgevoelige informatie kunt u gebruik maken van de beveiligde e-mailoplossing van het Zorginstituut. Daarmee kunt u bestanden versleuteld versturen. U kunt bestanden uploaden via <https://securemail.zorginstituutnederland.nl>. Het e-mailadres van de verzender wordt eenmalig geverifieerd en vervolgens kiest u voor verslagdocumenten@zinl.nl als bestemming.

- ZorgTTP

Postbus 529
3990 GH HOUTEN
Helpdesk: 030 – 636 06 49
E-mail: info@zorgttp.nl

- Helpdesk
Voor vragen kunt u terecht bij verschillende mailboxen

Voor technische en praktische vragen over de formats en gegevensaanleveringen en voor het verzenden van uw bestanden kunt u terecht bij
Verslagdocumenten@zinl.nl

Voor inhoudelijke vragen met betrekking tot de gegevensaanleveringen kwartaal- en jaarstaten en het Handboek kunt u terecht bij
Handboekvragen@zinl.nl

Voor vragen over de risicoverevening
risicoverevening@zinl.nl

1.3 Gebruik van de uitvraag conform het Handboek

Zorgverzekeraars rapporteren via kwartaal- en jaarstaten Zvw hun (verwachte) zorglasten aan het Zorginstituut. De afdeling Fondsen bepaalt, controleert, analyseert en verwerkt deze rapportages en gebruikt deze voor de uitvoering van verschillende wettelijke taken. De afdeling levert de informatie bovendien aan andere afnemers. In deze paragraaf geven wij per afnemer aan voor welke doelen de leveringen van het Zorginstituut worden gebruikt.

1. De afdeling Zorg van het Zorginstituut gebruikt verschillende onderdelen van de kwartaal- en jaarstaten voor het monitoren van de ontwikkeling van de zorglasten en pakketbeheer. Verder ontvangt het Zorginstituut zo nu en dan Wob-verzoeken met betrekking tot de ontvangsten en uitgaven in de zorg. Ook beantwoordt het Zorginstituut vragen van studenten en leerlingen uit het voortgezet onderwijs.
2. Het Ministerie van VWS gebruikt de kwartaal- en jaarleveringen van het Zorginstituut voor zijn beleids- en begrotingscyclus. Het gaat om de volgende activiteiten en/of producten:
 - Het monitoren en analyseren van beleid en zorguitgaven.
 - Het bepalen van de inkomensafhankelijke bijdrage en de rekenpremie (een raming van de nominale premie die zorgverzekeraars gemiddeld in rekening brengen om kostendekkend te zijn).
 - De leveringen van het Zorginstituut dienen als basis voor besluiten over de inzet van het macrobeheersinstrument (mbi) door de minister van VWS.
 - Het opstellen en monitoren van de zogenaamde Hoofdlijnakoorden
 - Ten aanzien van de begrotingscyclus kan per kwartaal worden aangegeven welke activiteiten er plaatsvinden of voor welke producten deze zijn gebruikt. Dit zijn de volgende:
 - De eerste kwartaalcijfers van het lopende jaar (jaar t) gebruikt VWS bij de ramingen van jaren t en t+1 en voor de begroting t+1. Daarmee zijn deze aanvullend op jaar t-1 en eerdere jaren in de jaarstaat van t-1.
 - De halfjaarcijfers t gebruikt het ministerie voor de Tweede Suppletioire begrotingswet.
 - De levering op basis van de 3e kwartaalstaten t gebruikt het ministerie voor de 'voorlopige rekening t' en als indicatie voor de voorjaarsbesluitvorming t+1.
 - De levering van het 4e kwartaalstaten t-1 wordt gebruikt voor het Jaarverslag t-1, de Eerste Suppletioire begrotingswet t inclusief actualisatie oudere jaren en de meerjarige doorwerking en als voorlopige raming voor de begroting t+1.
 - De jaarstaten t-1 zien we terug in de begroting t+1.
 - Ad hoc worden de kwartaal- en jaarlevering van het Zorginstituut gebruikt voor:
 - interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO);
 - het beantwoorden van Kamervragen.
3. Voor het CBS zijn de op de kwartaal- en jaarstaten gebaseerde leveringen van het Zorginstituut een belangrijke bron voor de Nationale Rekeningen (waaronder de Kwartaalrekeningen) en Zorgstatistieken. Via het CBS komen de cijfers tevens terecht in internationale statistieken. Het gaat om de volgende producten:
 - Input voor Excessive Deficit Procedure (EDP) - EMU-saldo en EMU-schuld. Op basis hiervan wordt door de EU geëvalueerd of Nederland aan de Europese normen voldoet voor zowel het EMU-tekort als de EMU-schuld¹.
 - Publicatie Nationale Rekeningen (o.a. BBP) en afgeleide NR-producten zoals beschikbaar inkomen van huishoudens, belasting- en premiedruk, investeringenbestand, goederengroep- en bedrijfstakverdelingen.
 - Statline (tabellen uitkeringen, premies, maandcijfers).

Algemeen
Gebruik van de uitvraag

- European System of integrated Social PROtection Statistics (ESSPROS).
 - Classification of the Functions of Government (COFOG).
 - Statistiek Internationale Handel.
 - Detailtabellen aan CPB.
 - Artikelen over de zorg.
4. Het **CPB** gebruikt de kwartaal- en jaarleveringen van het Zorginstituut voor hun Centraal Economisch Plan, Macro Economische Verkenningen en vier jaarlijkse korte termijnramingen.
 5. De **NZa** betreft in haar toezicht de door zorgverzekeraars ingevulde jaarstaten en de bijbehorende beoordelingen van accountants. De jaarstaten en het oordeel van de NZa worden onder andere als bron gebruikt voor het Financieel Jaarverslag Fondsen en producten van de Risicoverevening. De NZa gebruikt de jaarstaten tevens voor het monitoren van de zorg.
 6. De divisie Toezicht van **De Nederlandsche Bank** ontvangt de (onbewerkte) kwartaal- en jaarstaten van de Zorgverzekeraars voor hun Prudentieel toezicht.
 7. Incidenteel raadpleegt **de Algemene rekenkamer** het Zorginstituut voor onderzoek.

Gebruik van de uitvraag conform het Handboek van Zorginstituut Nederland

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

1.4 Wijzigingen en aandachtspunten

- 1.4.1 Wijzigingen en aandachtspunten 2020 (december 2019)*
- 1.4.2 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2020, (versie februari 2020)*
- 1.4.3 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2020, (versie 3, juli 2020)*
- 1.4.4 Wijzigingen en aandachtspunten 2021*
- 1.4.5 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2021, (versie april 2021)*
- 1.4.6 Wijzigingen en aandachtspunten 2022*
- 1.4.7 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2022 (versie maart 2022)*

Wijzigingen en aandachtspunten

In het onderdeel 'Wijzigingen en aandachtspunten' treft u voor de in dit Handboek meest relevante jaren een overzicht aan van de belangrijkste wijzigingen en aandachtspunten. Daarin wordt de vervallen, gewijzigde en nieuwe uitvraag per verslagjaar weergegeven.

Wijzigingen en aandachtspunten over oudere jaren zijn opgenomen in een apart document "WIJZIGINGEN EN AANDACHTSPUNTEN PER JAAR Handboek Zvw".

Dit document vindt u samen met dit Handboek op de website van het Zorginstituut.

1.4.1 Wijzigingen en aandachtspunten 2020 (versie december 2019)

Algemeen

- Met betrekking tot 2019 hebben wij een aantal aanvullingen voor de volgende rubrieken:
 - Rubriek 2 Farmaceutische zorg
Zoals aangekondigd in Handboek 2019 wordt de specificatie van 520 'Farmaceutische zorg' in Specifieke informatie C met ingang van de jaarstaat 2019 gewijzigd. De definities kosten en productie van de Farmaceutische zorg zijn tekstueel aangescherpt (zie paragraaf 4.3)
 - Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
Duiding acute GGZ (zie paragraaf 4.3).
 - Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg (GOZ)
Op meerdere punten is de toelichting van de 'Grensoverschrijdende zorg' aangescherpt (zie hoofdstuk 2, 3 & 4).
 - Baten Zvw
Bij de definitie van de kostencode 940 'Netto premieopbrengsten' leidde de woordkeuze 'ontvangen netto premies' tot verwarring. We spreken nu van 'geboekte netto premies' om de uitvraag op transactiebasis te benadrukken.
 - Contractinformatie
Met ingang van jaarstaat 2019 verantwoordt u onder alle specificaties Contractinformatie ook het jaar T-2.
- Vanaf 2019 maakt het Ministerie van VWS officieel gebruik van de 1^e kwartaalcijfers. Dit wordt toegelicht in paragraaf 1.3 'Gebruik van de uitvraag conform het Handboek'.
- De kopjes 'aantallen' in alle tabellen worden nader gespecificeerd, zodat de eenheid in één keer duidelijk is.
- In het format van de gegevensuitvraag wijzigt het invulblad voor de **kwartaalstaten** niet meer gedurende het jaar. De gegevens die in een bepaald kwartaal niet uitgevraagd worden, worden duidelijk gemarkeerd. De jaarstaat van jaar T wordt opgenomen in het Handboek van T+1. Wij streven er naar om de opvolgende jaarstaat zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij het format van de kwartaalstaten.
- Per 2020 komt de uitvraag van Specifieke informatie C voor de volgende rubrieken te vervallen:
 - Rubriek 3 Verpleging en Verzorging
 - Rubriek 4 Mondzorg
 - Rubriek 10 GGZDe laatste uitvraag hiervoor vindt plaats in de jaarstaat van 2019.
- In hoofdstuk 3, specifieke informatie C is een overzicht toegevoegd waarin voor elke rubriek aangegeven wordt wanneer specificaties aangeleverd moeten worden.
- Met ingang van de aanleveringen in 2020 levert u alle bestanden en/of documenten aan bij het Zorginstituut. Het Zorginstituut zorgt voor de doorlevering aan de NZa.
- In deze versie van het Handboek is de brief van november 2019 (2019039047) 'Aanlevering gegevens risicoverevening Zvw mét accountantsproduct in 2020' verwerkt. Voornamelijk in H5 en H6. In deze brief is de informatieuitvraag 'Wanbetalersbijdrage' (paragraaf 2.4) niet benoemd.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- In 2020 wordt de prestatie 'Deelname programma OPEN' opgenomen in de huisartsenzorg:
 - De eenmalige opslag op het inschrijftarief op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde patiënt verantwoordt u onder de kostencode 505 'Inschrijftarieven'.

De tweede declaratiestroom voor het programma OPEN is een eenmalige opslag op het consulttarief voor een gemoedsbezwaarde. Deze groep valt buiten de Zvw en daarmee buiten de verantwoording van het Handboek.

Rubriek 03 Verpleging en Verzorging

- De Specifieke informatie C vervalt voor deze rubriek, zie 'Algemeen'.

Rubriek 04 Mondzorg

- De Specifieke informatie C vervalt voor deze rubriek, zie 'Algemeen'.

Rubriek 05 Verloskundige zorg

- De prestatie 'Integrale geboortezorg' gaat van rubriek 13 'Diverse overige kosten' naar rubriek 5 'Verloskundige zorg'. Deze prestatie krijgt kostencode **582**. Hiermee vervalt in de Specifieke informatie C van code 700 'Overige kosten' de prestatie 'Kosten Integrale geboortezorg'. Per 2020 gaat deze wijziging in. De jaren T-1 en T-2 rapporteert u nog wel onder rubriek 13 'Diverse overige kosten' in de kostencode 700 'Overige kosten'.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- De OZP's paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor logopedie, ergotherapie en dieetadvisering worden verantwoord bij de rubriek Paramedische zorg. De OZP's prestaties optometrie en orthoptie worden verantwoord bij code 701.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- De prestatie 'Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)' gaat van rubriek 13 'Diverse overige kosten' naar rubriek 7 'Paramedische zorg'. Deze prestatie krijgt kostencode **626**. Hiermee vervalt in de Specifieke informatie C van code 700 'Overige kosten' de prestatie 'Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie'. Per 2020 gaat deze wijziging in. Het jaar T-1 rapporteert u nog wel onder rubriek 13 'Diverse overige kosten' in de kostencode 700 'Overige kosten'.
- De OZP's paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor logopedie, ergotherapie en dieetadvisering worden verantwoord bij de rubriek Paramedische zorg, bij respectievelijk code 623, code 624 en code 625. Prestaties dieetadvisering in het kader van MDZ worden verantwoord bij code 510.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- Onder de kosten van ziekenvervoer vallen vanaf 2020 ook de kosten van ziekenvervoer in verband met geriatrische revalidatiezorg, Geriatrische revalidatiezorg wordt als categorie toegevoegd. Tot 2020 werden deze kosten vergoed vanuit de hardheidsclausule.
- Daarnaast wordt per 2020 de rubriek Ziekenvervoer uitgebreid met kosten logeervergoeding. U verantwoordt en specificeert deze kosten bij code 651.

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

- De specifieke informatie C vervalt voor deze rubriek, zie 'Algemeen'.

Rubriek 11 Geriatrische Revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen

- De naam van rubriek 11 wijzigt van 'Geriatrische Revalidatie en Eerstelijnsverblijf' naar 'Geriatrische Revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen'. Nieuw is de van Wlz overgehevelde prestatie 'Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen' (GZSP). Deze prestatie krijgt kostencode **672**.

Rubriek 13 Diverse Overige Kosten

- In Specifieke informatie C van code 700 vervalt de prestatie 'Kosten gecombineerde Leefstijl Interventie', zie rubriek 07 'Paramedische zorg'.
- In Specifieke informatie C van code 700 vervalt de prestatie 'Integrale Geboortezorg', zie rubriek 05 'Verloskundige zorg'.
- Onder code 701 verantwoordt u ook de prestaties optometrie en orthoptie gedeclareerd als OZP medisch specialistische zorg.
- De clustering van prestaties bij 702 'Zintuiglijk gehandicapten' wijzigt. Tot en met 2019 waren de prestaties onderverdeeld naar 'Visuele beperking', 'Auditieve beperking' en 'Communicatiestoornissen als gevolg van taalontwikkelingsstoornis'. Met ingang van 2020 zijn de prestaties geclusterd in twee groepen:
 - Visueel
 - Auditief/communicatief

Rubriek 16 Kwaliteitsgelden

- Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling. Met ingang van 2020 wordt de naam gewijzigd in 'Regionale ondersteuning en eerstelijnszorg'; Met ingang van 2020 komen de volgende kosten te vervallen: Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ, Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten en stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten.

Contractinformatie

- De uitvraag van de contractinformatie is zoveel mogelijk gestandaardiseerd. Met ingang van 2020 zijn de verschillen tussen Q2, Q4 en de jaarstaat weggenomen.
- De toelichting in paragraaf 3.2 'Contractinformatie' is aangescherpt. Essentieel hierbij is dat u de specificatie contractinformatie MSZ en GGZ verantwoordt op basis van deelcontracten.

Contractinformatie MSZ per instelling

- De uitvraag contractinformatie MSZ op AGB-code niveau wordt uitgebreid met de variabele 'Niet-gecontracteerde zorg'.
- Op verzoek van zorgverzekeraars is de naamstelling en nummering van het aan te leveren document gewijzigd.
- Bij aanneemsommen en plafondafspraken is een extra positie in het detailrecord toegevoegd. Dit om debet en credit aan te geven in verband met nacalculatie bonus-malusregelingen.
- De uitvraag contractinformatie MSZ op AGB-code niveau wordt uitgebreid met de jaren T-1 en T-2. Om de administratieve lasten te beperken valt het peilmoment evenals de aanlevering aan Vektis in november. Deze aanvullende levering is terug te vinden in de Aanleverkalender van het Handboek Zvw (zie paragraaf 1.2).

Wanbetalers

- Met ingang van de jaarstaat 2019 wordt in de specifieke informatie A voor de Nza een financiële verantwoording van de wanbetalersbijdrage opgenomen (zie paragraaf 2.4).

1.4.2 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2020 (versie februari 2020)

Algemeen

- Bij de opgaven 'Verzekerdenstand naar risicoklasse' (2.2.6) en 'Verzekerden zonder BSN' (5.2) is de rubriek 'geslacht' uitgebreid met de optie 'geslacht onbepaald'. De formats zijn hiertoe aangepast.
- Bij 'Informatie wanbetalersbijdrage' (2.4) is de toelichting bij 'Standaardpremie' en bij 'Ontvangen voorschot jaar T' uitgebreid.
- Paragraaf 3.2 Contractinformatie is op een aantal onderdelen verduidelijkt. Het gaat hierbij over de 'frequentie van aanlevering' en de toelichting op 'Gecontracteerde zorg', 'Lopende onderhandelingen' en 'Niet gecontracteerde zorg'.
- De record lay-out 'Contractinformatie Medisch specialistische zorg per instelling' is op een paar punten gewijzigd:
 - Het versienummer is opgehoogd naar 201503
 - Ongecontracteerde zorg loopt van positie 68 t/m 77, ipv 67 t/m 76
 - In de toelichting zijn bij 4. Bestandsnaam de items 'JJJJ', 'LL' en 'IIII' aangepast.
- In paragraaf 4.1 is de 4^e alinea tekstueel aangescherpt. Na deze alinea is een nieuwe alinea '*Signalering opvallende balanspost*' toegevoegd.
- De bestuursverklaringen bij H5 zijn gecorrigeerd. Abusievelijk stond hierin nog vermeld dat de bestuursverklaring en het assurancerapport naar de NZa gestuurd moesten worden. Eerder hebben wij laten weten dat alle bestanden en documenten bij het Zorginstituut aangeleverd moeten worden.

1.4.3 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2020 (versie 3, juli 2020)

Door de SARS-COV-2 pandemie hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars kosten moeten maken die niet in de oorspronkelijke kwartaalstaten 2020 verwerkt/opgenomen kunnen worden. In deze versie van het Handboek vindt u de gewijzigde kwartaalstaat Zvw. Deze wijzigingen gelden vanaf de 2^e kwartaalstaat 2020 t/m de 4^e kwartaalstaat 2020.

De wijzigingen zijn als volgt:

- Specifieke informatie A
In de Kostenverzamelstaat, kwartaalstaat zijn de twee kolommen 'Lasten 2020' aangepast, hier zijn ook twee kolommen toegevoegd. De kolommen over 2019 en 2018 en ouder blijven ongewijzigd. Voor de overzichtelijkheid is de gegevensuitvraag over 2020 en de gegevensuitvraag over de jaren 2019 en 2018 in twee verschillende formats opgenomen. Voor meer informatie zie paragraaf 2.2.1.
De specificatie Kosten naar deelbijdrage is aangepast. Voor meer informatie zie paragraaf 2.2.2.
- Specifieke informatie C
In de specifieke informatie C is alleen de gegevensuitvraag 'Contractinformatie' aangepast. Zie paragraaf 3.2.

In het Handboek 2021 zijn ivm een wijziging in de uitvraag Covidkosten, deze aanpassingen weer verwijderd.

1.4.4 Wijzigingen en aandachtspunten 2021 (versie december 2020)

Algemeen

- Coronakosten
 - In dit wijzigingendocument worden de bestandsaanleveringen beschreven voor het Handboek 2021. Als gevolg van de coronapandemie zijn er in 2020 en in 2021 meer en/of andere kosten gedeclareerd. Dit zal invloed hebben op de registratie en de verantwoording van de kosten. Verschillende partijen, VWS, ZN, NZa en ZIN, zijn in overleg over hoe de coronakosten in de kostenverantwoordingen en in de catastrofebijdrage verwerkt moeten worden. Op dit moment, december 2020, is er nog onvoldoende duidelijkheid over hoe deze kosten in de verschillende gegevensuitvragen op te nemen. Het Zorginstituut heeft besloten om in deze versie van het handboek geen uitvraag van deze zgn. coronakosten op te nemen. De uitvraag coronakosten, zoals wij die in de kwartaalstaten Q2 t/m Q4 2020 gepresenteerd hebben blijft bestaan, maar in de uitvragen jaarstaat 2020 en kwartaalstaten 2021 zijn deze niet meer opgenomen. Hierop zijn enkele uitzonderingen:
 - Bij (bijna) alle rubrieken vragen wij in de kostenverzamelstaat naar de opgave van de continuïteits- bijdrage. Dit geldt voor de jaren 2020 en 2021, voor de GGZ ook voor 2019.
 - Bij de uitvraag contractinformatie, zowel voor 2020 als voor 2021, geeft u de 'Meerkosten' en de continuïteitsbijdrage op. Bij de 'meerkosten' spreken wij niet meer over type 2/5, maar over de toeslagen en lumpsum. De opgave contractinformatie medisch specialistische zorg, gegevens per instellingen, blijft ongewijzigd.U neemt in deze kwartaal- en jaarstaat niet de kosten op van de directe zorg voor COVID-19 patiënten.

De besluitvorming en toelichting voor de toepassing en de verantwoording van de catastrofebijdrage is nog in proces. Zodra hier meer bekend over is, zal het Zorginstituut dit zo spoedig mogelijk berichten.
 - In het Handboek 2020 is het volgende vermeld bij de wijzigingen en aandachtspunten van 2020: 'in het format van de gegevensuitvraag wijzigt het invulblad voor de kwartaalstaten niet meer gedurende het jaar. De gegevens die in een bepaald kwartaal niet uitgevraagd worden, worden duidelijk gemarkeerd. De jaarstaat van jaar T wordt opgenomen in het Handboek van T+1. Wij streven er naar om de opvolgende jaarstaat zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij het format van de kwartaalstaten.'
De uitbraak van Covid-19 heeft echter gevolgen gehad voor het format van de gegevensuitvraag Informatie Zorgverzekeringswet 2020. Het bovenstaande is niet meer van toepassing.
 - Paragraaf 1.2 - Aanlevering van declaratiegegevens
Per kalenderjaar 2021 moet er in de declaratiegegevens duidelijk worden aangegeven wanneer deze betrekking hebben op de patiënt gerelateerde coronakosten (type 1). Voor kosten gemaakt in 2020 gaan zorgverzekeraars deze indicator achteraf toevoegen. De concrete uitwerking hiervan wordt nog besproken in de diverse overleggroepen.
- Met ingang van het Handboek 2021 zijn de volgende uitvragen komen te vervallen:
 - Paragraaf 2.3 'Informatie ten behoeve van de opbrengstenverrekening'. De NZa stapt hiervoor over op een directe uitvraag bij de RAV's.

- Paragraaf 3.4 'Specificaties afrekeningen met het buitenland'. De EG-brief wordt niet meer gebruikt.
- Paragraaf 4.1 'Kostenbegrip' is geactualiseerd en sluit nu beter aan bij de publicatie van de Regeling structurele aanlevering gegevens Zvw en Wlz in de Staatscourant.

Specifiek

Specifieke informatie C

Met ingang van de jaarstaat 2021 komt de uitvraag van Specifieke informatie C te vervallen voor de volgende rubrieken (zie hoofdstuk 3):

- Rubriek 01 'Huisartsenzorg' (let op: alleen de jaarstaat van 2021 komt te vervallen, de uitvraag van de tweede en vierde kwartaalstaten 2021 worden wel uitgevraagd)
- Rubriek 5 'Verloskundige zorg'
- Rubriek 11 'GRZ, ELV en GZSP'
- Rubriek 12 'Kraamzorg'

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Met ingang van 2021 wijzigt de bekostiging van de NTS. Een deel gaat via de VWS-begroting lopen. Een deel gaat via declaraties volgens de DBC systematiek (verantwoording bij DBC-zorgproducten). Het resterende deel gaat de NTS declareren en deze kosten verantwoordt u bij code 610.
- Intramuraal verstrekte bloedstollingsmiddelen verantwoordt u met ingang van 2021 bij kostencode 612.1 'add-ons dure en weesgeneesmiddelen' en niet langer onder kostencode 611 'Overige zorgproducten'. In de specificatie van 611 in de specifieke informatie de jaarstaat vervallen de stollingsfactoren en deze worden in de specificatie van de add-ons toegevoegd aan de add-ons dure geneesmiddelen.
- Overheveling van de diverse diabeteshulpmiddelen (bijv. bloedglucosemeters) van de rubriek medisch specialistische zorg naar de rubriek 08 Hulpmiddelen. Op dit moment vallen de diabeteshulpmiddelen onder twee verschillende aanspraken in de Zvw:
 - aanspraak hulpmiddelenzorg (rubriek 08 Hulpmiddelen)
 - aanspraak geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden (rubriek 06 MSZ)

Het Zorginstituut heeft na veldconsultatie geadviseerd om per 2021 deze hulpmiddelen geheel onder de aanspraak hulpmiddelenzorg te laten vallen. De hiermee gemoeide middelen worden daartoe overgeheveld van de rubriek MSZ naar de rubriek hulpmiddelen.

Diabeteshulpmiddelen die binnen een DBC vallen, hoeven niet apart verantwoord te worden in rubriek 8. Deze blijven onder rubriek 6 vallen. Hulpmiddelen die als losse prestatie gedeclareerd worden, vallen wél onder rubriek 8.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

Met ingang van 2021 wordt zittend ziekenvervoer van en naar de dagbehandeling die onderdeel is van een zorgprogramma bij GZSP vergoed. U verantwoordt deze kosten onder kostencode 651 'Vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen vervoer'. In de Specifieke Informatie C wordt de specificatie naar patiëntengroepen uitgebreid met de groep 'Geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen'.

Rubriek 10 GGZ

In 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de GGZ ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en een aparte bekostiging voor de basis-ggz. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten, dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-ggz. Het jaar waarin de zorg feitelijk wordt geleverd is bepalend voor de toerekening van de kosten. Dit betekent dat u de

kosten van DBC's die in 2020 zijn gestart maar in 2021 worden afgesloten, verantwoordt onder het schadejaar 2020.

Rubriek 11 Geriatrische revalidatie, ELV en GZSP

- Met ingang van 2021 zijn de laatste prestaties van de GZSP overgeheveld naar de Zvw. De term 'geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen' is met ingang van 2021 gedefinieerd als: generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerstelijns bij of krachtens de Zvw. Deze dient u in rubriek 11 te verantwoorden.
- Kostencode 672, Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen wordt uitgebreid met de medische verklaring wet zorg en dwang, op basis van de beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' van de NZa. De NZa gaat deze prestatie, met terugwerkende kracht, opnemen in deze beleidsregel.

Rubriek 16 Kwaliteitsgelden

Alle kwaliteitsgelden, op 1 na, zijn vervallen. Alleen de Regionale ondersteuning en eerstelijnszorg blijft bestaan. In de specifieke informatie A verantwoordt u nog wel de kosten voor oude(re) jaren.

Contractinformatie

- Met ingang van de jaarstaat 2020 en de kwartaalstaten 2021 geeft u de meerkosten en de Continuïteitsbijdrage als volgt op
 - Meerkosten (toeslagen en lumpsum), gecontracteerd en niet gecontracteerd
 - Netto Continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd en niet gecontracteerd.
- Indien u een volgbeleid waarbij de inkoopafspraken van een representerende verzekeraar hanteert, is er per definitie een overeenkomst tussen u en de desbetreffende zorgaanbieder(s). Alle kosten voortvloeiend uit deze overeenkomst verantwoordt u ook onder de gecontracteerde zorg.

Wanbetalers

In het Handboek 2020 is de uitvraag van Wanbetalers van de NZa toegevoegd aan de jaarstaat. In het nieuwe format zijn de standaardpremies al ingevuld, de standaardpremie oude jaren hoeft u niet meer in te vullen.

Uitvoering Risicoverevening

- In de specificatie Kosten naar deelbijdrage vervallen de uitvragen naar Meerkosten Corona en de netto Continuïteitsbijdrage Corona weer.
- Bij rubriek 16 Kwaliteitsgelden specificeert u alleen nog de kosten van de Regionale ondersteuning en eerstelijnszorg, de overige kwaliteitsgelden zijn vervallen. U specificeert de vervallen kosten nog wel voor de oude jaren.

Aanvullende informatie Risicoverevening

- In het bestand Farmaciegegevens worden de gegevens 'Voorgescreven dosering' en 'Gemiddelde dagdosering' voor de farmaciegegevens worden over 2020 niet meer uitgevraagd.
- In het bestand gegevens GGZ is aan de declaraties van ZZP's de ZZP GGZ-B VMR toegevoegd.
- Het bestand Kosten per verzekerde 2018 moet u aanleveren met een hoger versienummer dan het vorig jaar aangeleverde bestand. Ook moet u in deze definitieve versie de verschillen verwerken tussen de gedeclareerde prestaties en de correcties via een logische verdeelsleutel.
- In het bestand Fysiotherapie en oefentherapie is de uitvraag uitgebreid met 'Begindatum behandeling' en 'einddatum behandeling'.

1.4.5 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2021 (versie april 2021)

Algemeen

- COVID-19 kosten
 - In dit wijzigingendocument wordt de nieuwe versie van de bestandsaanleveringen beschreven voor de 2e versie van het Handboek 2021. Als gevolg van de uitbraak van de coronapandemie zijn er in 2020 en 2021 extra kosten gedeclareerd. Dit heeft invloed op de verantwoording van de kwartaal- en jaarstaten & gegevens Risicoverevening.

In de vorige versie van het handboek was de uitvraag van COVID-kosten, zoals deze die in de kwartaalstaten Q2 t/m Q4 2020 gepresenteerd werden niet opgenomen. Deze versie van het handboek bevat wel de COVID-kosten in de uitvragen jaarstaat 2020 en kwartaalstaten 2021.

Let op:

In de algemene tekstgedeeltes is de tekst niet altijd aangepast aan de nieuwe manier van uitvraag, op specifieke plaatsen in het Handboek gaan wij in detail in op de gewijzigde uitvraag, vaak na 'Let op'.

De opbouw van format van de jaarstaat 2020 is vergelijkbaar met de kwartaalstaat Q4 2020. Door de bestaande onzekerheden over de exacte toedeling van de COVID-kosten betreffende de lasten 2020 in de Kostenverzamelstaat en de Specifieke informatie A 2020, wordt jaarlaag 2020 zonder accountantsproduct aangeleverd, maar met bestuursverklaring. De Kostenverzamelstaat 2019 2018, specifieke informatie A 2018 en de uitvraag 2020 Informatie wanbetalersbijdrage in de jaarstaat 2020 wordt met accountantsproduct aangeleverd.

Vanaf het eerste kwartaal van 2021 worden in de gegevensuitvraag van de kostenverzamelstaat (specifieke informatie A) de kosten voor de Catastrofebijdrage gescheiden van de kosten van de Risicoverevening. De kosten voor de Catastroferegeling worden op een apart tabblad uitgevraagd. De twee tabbladen tezamen (reguliere kostenverzamelstaat en catastrofe kostenverzamelstaat) vormen de totale lasten Zvw.

Hierbij geldt voor jaarlaag 2021 het volgende uitgangspunt:

Kostenverzamelstaat Risicoverevening (regulier) = reguliere kosten + netto continuïteitsbijdragen

Kostenverzamelstaat Catastroferegeling = direct patiëntgebonden COVID-kosten + meerkosten corona, indirect en toeslagen.

Voor jaarlaag 2020 geldt dat direct patiëntgebonden COVID-kosten en meerkosten corona, indirect en toeslagen meelopen in het reguliere deel.

In de catastrofe kostenverzamelstaat zijn de kostencodes opengesteld die hiervoor aangewezen zijn in de beleidsregel rondom artikel 33 van de Zvw.

- Vanaf het vierde kwartaal 2021 wordt voor de jaren 2020 en 2021 gevraagd om een onderscheid te maken in de meerkosten corona. Deze meerkosten worden gesplitst uitgevraagd naar: 1. Meerkosten corona, indirect en 2. Meerkosten corona, toeslagen. deze splitsing is noodzakelijk om de kosten goed toe te kunnen rekenen aan de reguliere risicoverevening en de catastroferegeling.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg en MDZ

Voor de huisartsenzorg vindt er voor 2020 nacalculatie plaats op de continuïteitsbijdrage. Deze verrekening vindt plaats via het inschrijftarief in het 4e kwartaal 2021.

Deze verrekening van de kosten moet u verantwoorden bij de kosten 2020.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Vanaf het jaar 2020 en verder specificeert u in de specifieke informatie A de kosten van ozp-stollingsfactoren (deel code 611) volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1a van de Regeling risicoverevening 2020. Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de vier daaropvolgende kalenderjaren worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3). De zorgverzekeraar moet de wijzigingen van artikel 2.1. van de Regeling zorgverzekering in de gaten houden om te weten of er meer middelen uit de sluis in het pakket worden opgenomen (en voor welke behandelingen en met ingang van welke datum). Deze specificatie is identiek aan de specificatie van de add-ons dure intramurale geneesmiddelen. M.i.v. 2021 verantwoordt u de stollingskosten bij code 612.1, u specificeert de stollingskosten dan ook onder 612.1

Contractinformatie

De uitvraag van het ASCII bestand contractinformatie MSZ per type instelling (AGB) voor de jaren T-1 en T-2 komt te vervallen met ingang van jaarstaat 2020. De uitvraag jaar T blijft bestaan.

Wanbetalers

Bij de wanbetalersbijdrage wordt de celverwijzing bij 'totale bijdrage' over '2018 en voorgaande jaren' weggehaald. U vult hier handmatig in wat de totale bijdrage is geweest over de jaren 2018 en ouder.

Aanvullende informatie risicoverevening

U levert de declaratiebestanden over 2020 aan inclusief de declaraties voor COVID-zorg. In 2022 levert u deze bestanden, farmaciekostengroepen-hulpmiddelenkostengroepen-fysiotherapie en oefentherapiekostengroepen, opnieuw aan. De gegevensopgave in deze bestanden blijft gelijk aan de aanlevering in 2021, alleen wordt er een kolom met een COVID-marker toegevoegd die aangeeft of een declaratie COVID-zorg betreft. Hierbij geldt dat er alleen een accountantsproduct vereist is op de toegevoegde kolom en de koppeling met het eerder aangeleverde bestand. Het Zorginstituut houdt daarbij rekening met het feit dat een tweede aanlevering (met controle) zinvol moet zijn.

1.4.6 Wijzigingen en aandachtspunten 2022 (versie december 2021)

Algemeen

COVID-19 kosten

In dit wijzigingendocument wordt de nieuwe versie van de bestandsaanleveringen beschreven voor het Handboek 2022. Als gevolg van de uitbraak van de coronapandemie zijn er extra kosten gedeclareerd. Dit heeft invloed op de verantwoording van de kwartaal- en jaarstaten & gegevens Risicoverevening.

De verantwoording van de COVID-kosten voor de jaren 2020 en 2021 zal niet wijzigen ten opzichte van het Handboek 2021 v2. In de catastrofe kostenverzamelstaat zijn de kostencodes opengesteld die hiervoor aangewezen zijn in de beleidsregel rondom artikel 33 van de Zvw. Extra in het Handboek 2022 is de specificatie van de verantwoording van de COVID-kosten in 2022.

De catastrofereregeling geldt enkel voor de jaren 2020 en 2021. De catastrofe kostenverzamelstaat wordt enkel voor het jaar 2021 gebruikt. Voor schadejaar 2022 worden alle kosten verantwoord onder de reguliere kostenverzamelstaat.

De kostencodes voor de meerkosten blijven behouden. De kostencodes voor de continuïteitsbijdragen zullen niet meer gebruikt vanaf schadejaar 2022. Ook zullen we geen uitsplitsing meer vragen van de direct patiëntgebonden COVID kosten voor schadejaar 2022.

De opbouw van het format van de jaarstaat 2021 is vergelijkbaar met de kwartaalstaat Q4 2021. Door de bestaande onzekerheden over de exacte toedeling van de COVID-kosten betreffende de lasten 2020 en 2021 in de Kostenverzamelstaat en de Specifieke informatie A 2020 en 2021, is het nog onduidelijk of hier een accountantsproduct voor dient te worden aangeleverd of alleen een bestuursverklaring. De Kostenverzamelstaat 2019 en de specifieke informatie A 2019 worden met accountantsproduct aangeleverd.

Specifiek

Specifieke informatie C

Met ingang van het handboek 2022 komt de uitvraag van Specifieke informatie C te vervallen voor de volgende rubrieken (zie hoofdstuk 3):

- Rubriek 01 Huisartsenzorg. De specifieke informatie C in de tweede kwartaalstaat zal miv 2022 komen te vervallen. Er wordt nog gekeken naar de mogelijkheid om deze uitvraag ook voor de vierde kwartaalstaat te laten vervallen, hier wordt u later nader over geïnformeerd (**let op:** de uitvraag voor de jaarstaat is in het Handboek 2021 al komen te vervallen).
- Rubriek 06 Medisch specialistische zorg. De uitvraag specifieke informatie C betreffende de kostencodes 545 'Kosten en aantallen Specialisten voor mondziekten en kaakchirurgen' en 611 'Overige zorgproducten' zal per jaarstaat 2021 komen te vervallen (**let op:** dit geldt niet voor de overige delen specifieke informatie C van de MSZ).

Rubriek 09 Ziekenvervoer

Vergoeding van verblijf nabij expertziekenhuis na CAR-T celtherapie kan verantwoord worden bij Logeervergoeding.

Rubriek 10 Geneeskundige GGZ

Per 2022 wordt in de ggz gewerkt met een nieuwe bekostiging: het Zorgprestatiemodel. In plaats van DBC's, worden er prestaties gedeclareerd. Deze prestaties weerspiegelen

daadwerkelijk geleverde zorg en zijn herkenbaar en controleerbaar voor de patiënt. De tarieven van de prestaties sluiten aan bij de behandelinzet en de behandelsetting. Door de komst van het nieuwe bekostigingssysteem zijn er vanaf 2022 ook nieuwe kostencodes voor de geneeskundige GGZ.

666 Kosten consulten GGZ

Nieuwe code met ingang van 2022.

Onder kostencode 666 vallen de consulten met als doel het uitvoeren van diagnostiek, consulten met als doel het uitvoeren van behandeling en groepsconsulten. Ook de toeslagen die van toepassing zijn op deze consulten worden verantwoord onder kostencode 666. Tot de toeslagen worden reistijd, inzet tolk gebarentaal/communicatiespecialist, ambulante methadonverstrekking (eenheid prestatie per kalendermaand), rTMS (repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie, eenheid toeslag per consult) en Spravato (alleen kosten geneesmiddel) gerekend. Voor asynchrone digitale zorg registreert de zorgaanbieder één consult per dag op basis van de totale tijd besteed aan het contact met de patiënt op verschillende momenten van de dag.

667 Kosten intramuraal verblijf GGZ

Nieuwe code met ingang van 2022.

Onder kostencode 667 vallen de kosten en toeslagen van verblijfsdag A t/m G (beveiligingsniveau geen, 2, 3 of 4), verblijfsdag H (hic) en Verblijf met rechtvaardigingsgrond ggz (VMR). Ook de toeslag die bij verblijfsdag D van toepassing kan zijn, de toeslag oorlogsgerelateerd psychotrauma, wordt hier verantwoord.

668 Kosten Overige prestaties GGZ

Nieuwe code met ingang van 2022.

Onder kostencode 668 vallen de kosten voor overige prestaties. Overige prestaties zijn elektroconvulsietherapie, rTMS ten behoeve van de rTMS Technician, consultatie bij euthanasieverzoeken, intercollegiaal overleg setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II, zorgmachtiging Wvggz, facultatieve prestatie, transitieprestatie, consult acute ggz binnen budget en verblijfsdag D t/m H acute ggz binnen budget.

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

Per schadejaar 2022 zal de verantwoording van de grensoverschrijdende zorg via het verbindingskantoor, kostencode 721, verantwoord worden op transactiebasis in plaats van kasbasis.

Alle buitenlandkosten die in 2021 of eerder zijn betaald, worden op kasbasis verantwoord. De verantwoording over de kasjaren 2020 en 2021 wijzigt dus niet meer. Vanaf de eerste kwartaalstaat 2022 zal de overgang plaatsvinden naar transactiebasis. 2022 is hierbij het overgangsjaar.

Dit betekent voor de kwartaalstaten 2022 het volgende;

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

worden verantwoord onder het jaar 2022.

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

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

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

Kostencode 721	Schadejaar =< 2019	Schadejaar =< 2020	Schadejaar =< 2021	Schadejaar 2022	Schadejaar 2023	Schadejaar 2024	Schadejaar 2025	Schadejaar 2026
Kosten								
Boekjaar 2019	2019 (=kas)	x	x	x	x	x	x	x
Boekjaar 2020	2020 (=kas)	2020 (=kas)	x	x	x	x	x	x
Boekjaar 2021	2021 (=kas)	2021 (=kas)	2021 (=kas)	x	x	x	x	x
Boekjaar 2022	2022 (=overgangsjaar)	2022 (=overgangsjaar)	2022 (=overgangsjaar)	2022	x	x	x	x
Boekjaar 2023	2022	2022	2022	2022	2023	x	x	x
Boekjaar 2024	2022	2022	2022	2022	2023	2024	x	x
Boekjaar 2025	2023	2023	2023	2023	2023	2024	2025	x
Boekjaar 2026	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2025	2026

Meerkosten GOZ

Voor de rubriek Grensoverschrijdende Zorg is ervoor gekozen om geen kostencode voor de meerkosten op te nemen, omdat het in de meeste gevallen niet te achterhalen is welk deel van de kosten in Nederland onder de noemer "meerkosten" valt. Deze meerkosten kunnen verantwoord worden onder kostencode 720.

Baten: Opbrengsten verhaal procedures

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

Alle baten die in 2021 of eerder zijn verhaald, worden op kasbasis verantwoord. De verantwoording over de kasjaren 2020 en 2021 wijzigt dus niet meer.

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

Dit betekent voor de kwartaalstaten 2022 het volgende;

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

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

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

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

Uitvoering risicoverevening

- In de specificatie Medisch specialistische zorg specificeert u van code 610 alleen nog de kosten van SKION.
- Er wordt, miv de jaarstaat 2021, een nieuwe specificatie voor rubriek 10 GGZ toegevoegd. Hier specificeert u de kosten van dure intramurale geneesmiddelen (deel code 662), volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1 van de Regeling risicoverevening, die in de rubriek GGZ verantwoord worden. De specificatie is identiek aan de specificatie van add-ons in 2.2.3 van het handboek.
- Bij de specificatie van rubriek 16 Kwaliteitsgelden vindt in de jaarstaat 2021 alleen nog specificatie over het jaar 2019 plaatst. Vanaf 2022 kan deze specificatie vervallen.
- De uitvraag Informatie wanbetalersbijdrage vervalt miv de jaarstaat 2021. De uitvraag Regeling wanbetalers in de spec. informatie C blijft bestaan.

Aanvullende informatie risicoverevening

- In paragraaf 5.2 is een toelichting op het opstellen van de bestuursverklaringen toegevoegd.
- De bestanden farmaciekostengroepen 2020, hulpmiddelenkostengroepen 2020 en fysiotherapie en oefentherapie kostengroepen 2020 (heraanleveringen) zijn in H5 en H6 weer opgenomen. Waarschijnlijk is voor de farmacie en fysiotherapie geen heraanlevering nodig. Voor de hulpmiddelen mogelijk wel, afhankelijk van de tweede herijking Beleidsregels catastrofesbijdrage coronapandemie 2020 en 2021 in oktober 2022. Op basis van deze tweede herijking beslist het Zorginstituut of er nog heraanleveringen noodzakelijk zijn. In deze bestanden voor de heraanlevering is een COVID-marker opgenomen.
- In de bestandsaanlevering DBC 2020 is een COVID-marker opgenomen. In de record layout van deze bestandsaanlevering, wordt bij de opgave van de diagnosecode specifiek gemeld: Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
- In de bestandsaanleveringen GGZ 2020 en Add-ons 2020 zijn geen COVID-markers opgenomen. Hierbij geldt, met name voor de Add-ons, dat volgend jaar een heraanlevering, met COVID-marker, nodig kan zijn. Dit is afhankelijk van de tweede herijking Beleidsregels catastrofesbijdrage coronapandemie 2020 en 2021 in oktober 2022.
- In het bestand Kosten per verzekerde 2019, wat u in 2021 ook al aangeleverd heeft, zijn de schadebedragen 'langdurige GGZ' en 'Farmaciekosten' toegevoegd.
- In het bestand Kosten per verzekerde 2020 zijn deze beide schadebedragen ook opgenomen. In dit bestand worden de COVID-kosten opgegeven middels verschillende schadebedragen.
- De bestandsaanleveringen hulpmiddelen, farmacie en fysiotherapie 2021 zijn zonder COVID-marker. Mogelijk vragen wij volgend jaar een heraanlevering met COVID-marker. Dit is afhankelijk van de tweede herijking Beleidsregels catastrofesbijdrage coronapandemie 2020 en 2021 in oktober 2022.

1.4.7 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2022 (versie maart 2022)

Algemeen

In de eerste versie van dit handboek, december 2021, hebben wij aangegeven dat er nog onduidelijkheden waren over het kunnen aanleveren van de verschillende jaarlagen van de jaarstaat 2021 met een assurancerapport. Inmiddels is besloten dat de jaarlagen 2021 en 2020 met alleen een bestuursverklaring aangeleverd worden. De jaarlaag 2019 wordt met een assurancerapport + bestuursverklaring aangeleverd. De bestuursverklaringen bij de jaarstaat 2021 zijn in deze versie van het handboek toegevoegd. Ook de bestuursverklaringen bij de verschillende bestanden risicoverevening in H5 zijn toegevoegd.

Ook hebben wij enkele kleine correcties verwerkt:

- In paragraaf 3.1.6, specificaties medisch specialistische zorg, was voor de specificatie in de jaarstaat van code 612.2 per abuis het format uit de kwartaalstaat opgenomen. In deze versie is het correcte format voor de jaarstaat 2021 opgenomen.
- In paragraaf 3.1.7, Ziekenvervoer, werd bij de eerste twee specificaties van code 650, twee maal naar aantallen gevraagd. Bij de eerste specificatie hebben wij dit aangepast naar 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties'.
- In paragraaf 5.1 zijn in tabel 1 bij nr.4 (1^e Voorlopige vaststelling 2021 voor 1 oktober 2022) de gegevensaanleveringen voor de DBC's somatisch en de add-ons niet meer opgenomen. In 2022 worden de aanleveringen van 2019 gebruikt, aangeleverd in 2021.
- Om spraakverwarring te voorkomen hebben wij bij de toelichting op de bestandsnaam bij de bestanden risicoverevening de term 'versienummer' vervangen door 'volgnummer'. De regel luidt nu als volgt: *NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.* Ook bij het bestand KPV 2019 is bij 'Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar', in de eerste regel versienummer vervangen door volgnummer: *Aangezien u in 2021 ook al een bestand Kosten per verzekerde over 2019 heeft aangeleverd, moet u bij de aanlevering in 2022 van het bestand Kosten per verzekerde over 2019 in de bestandsnaam een hoger volgnummer hanteren.*
- Bij de record lay-out van het bestand Fysio- en oefentherapiegegevens 2021 was bij de opgave Indicatie debet/credit de regel voor C credit weggefallen. Dit is in deze versie gecorrigeerd.

Aanvulling

In de record lay-out van de bestandaanlevering DBC's somatisch 2020, is bij de opgave van de diagnosecode specifiek gemeld: Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. Dit hebben we in versie 1 al gemeld. Na opmerkingen van enkele verzekeraars willen we het volgende toevoegen, om verwarring te voorkomen. Deze regel staat gegeven als AN, enkele codes hebben een letter in de code en daar gelden andere voorschriften voor. Toch vragen wij u om in dit geval bij de diagnosecode het voorschrift te volgen, dat komt dus neer op re uitlijnen en invullen met voorloophulp. Het is zaak dat dit door alle zorgverzekeraars op identieke wijze wordt ingevuld.

2 Specifieke Informatie A

2.1 Bestuursverklaring

2.2 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat

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 van de NZa. Voor zover van toepassing moeten de correcties ook worden aangebracht in de Specifieke Informatie C in de jaarstaat.

Voor de jaarstaat 2021 is besloten dat de jaarlagen 2021 en 2020 met alleen een bestuursverklaring worden aangeleverd. De jaarlaag 2019 wordt met een accountantsverklaring en een bestuursverklaring aangeleverd. De beide bestuursverklaringen zijn opgenomen in paragraaf 2.1.

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).

Met ingang van de jaarstaat 2021 is uitvraag Informatie wanbetalersbijdrage vervallen. De uitvraag Regeling wanbetalers in de spec. informatie C blijft bestaan.

2.1 Bestuursverklaring

Aanleverschema

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

Zorgverzekeraars leveren de volgende documenten aan het Zorginstituut:

- De specifieke informatie A met controleverklaring. De jaarlagen 2021 en 2020 worden zonder controleverklaring aangeleverd;
- De Bestuursverklaring. Voor de jaarstaat 2021 leveren de zorgverzekeraars twee bestuursverklaringen aan. Een bestuursverklaring voor de aanlevering van de jaarlagen 2021 en 2020 zonder controleverklaring en een bestuursverklaring voor de aanlevering van de jaarlaag 2019 met controleverklaring;
- Het elektronisch format Jaarstaat waarin de specifieke informatie A en de specifieke informatie C.

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 van de NZa) 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 2021, specifieke informatie A, jaarlagen 2021 en 2020

De bestuursverklaring stuurt u volledig ingevuld en ondertekend aan het Zorginstituut.

Het bestuur van

..... (zorgverzekeraar)

verklaart dat het op(datum) het bestand 'jaarstaat 2021, onderdelen jaarlagen 2021 en 2020' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De gegevens in de jaarstaat Zvw 2021, jaarlagen 2021 en 2020, zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar.

De gegevenslevering jaarstaat 2021, jaarlagen 2021 en 2020, omvat de volgende bladen van het format 'Jaarstaat Zvw 2021'

- Kostenverzamelstaat 2021 en 2020;
- Specifieke informatie 2021.

Het bestuur verklaart dat de jaarstaat Zvw 2021, jaarlagen 2021 en 2020, is opgesteld op basis van de informatie die op het moment van aanlevering aan het Zorginstituut beschikbaar was, waarbij de kolommen "Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020" en "Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021" conform de instructies van het Zorginstituut zijn.

De jaarstaat Zvw 2021, jaarlagen 2021 en 2020, gaat gepaard met vele tijdelijke onzekerheden als gevolg van COVID-19. Dit komt onder meer door:

- onzekerheden in de splitsing van de zorglasten in wel en niet COVID-19 voor de jaarlagen 2020 en 2021, als gevolg van:
 - o het ontbreken van de BSN COVID-marker ziekenhuizen voor jaarlaag 2021;
 - o de voor oktober 2022 geplande herziening van bijlage 1 van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 waardoor nog niet definitief vast staat welke zorgkosten Covid-19 kosten zijn
- onzekerheden in de totale raming van de zorglasten 2021 en 2020 als gevolg van het nog niet definitief zijn van (de uitvoering van) de Covid-19 regelingen 2020 en 2021. Hierdoor ontbreekt ook voor een deel van de meerkosten het vereiste plausibiliteitsoordeel conform artikel 2, 1^e lid onder c van de Zorginstituut beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021.

Door deze tijdelijke onzekerheden hebben de accountants van de zorgverzekeraars via het apz (accountancy platform zorg) aangegeven niet in staat te zijn om een controleverklaring af te kunnen geven bij jaarlagen 2020 en 2021 van de jaarstaat 2021 met een onderscheid naar Covid/niet-Covid. Wij verwachten dat deze tijdelijke onzekerheden zijn opgelost bij de aanlevering van de jaarstaten 2022 in 2023 en dus binnen de wettelijke termijnen voor de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage zorgjaar 2020 en 2021.

In de jaarstaat Zvw 2021 is voor de bepaling van de directe COVID-kosten gebruikgemaakt van bijlage 1 Reguliere directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten d.d. 14 december 2021 behorend bij artikel 2, 1^e lid, onder a van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 van het Zorginstituut.

In de jaarstaat Zvw 2021 is voor de bepaling van de COVID-toeslagen gebruikgemaakt van bijlage 2 toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de

coronapandemie d.d. 17 december 2020 behorend bij artikel 2, 1^e lid, onder b van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 van het Zorginstituut.

Toelichting (facultatief)

Hieronder zijn door het bestuur de belangrijkste onzekerheden nog nader toegelicht:

- xxx
- xxx

Het bestuur verklaart dat de jaarstaat Zvw 2021, jaarlagen 2021 en 2020, met inachtneming van de hierboven toegelichte tijdelijk onzekerheden als gevolg van COVID-19, zo volledig en accuraat als mogelijk is ingevuld, op basis van de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- Hoe de 'jaarstaat Zvw 2021, jaarlagen 2021 en 2020' tot stand gekomen is;
- Welke maatregelen zijn getroffen om de juistheid te waarborgen;
- Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bestuursverklaring jaarstaat Zvw 2021, specifieke informatie A, jaarlaag 2019

De bestuursverklaring stuurt u, vergezeld van een controleverklaring, volledig ingevuld en ondertekend aan het Zorginstituut.

Het bestuur van

..... (zorgverzekeraar)

verklaart dat het op(datum) het bestand 'jaarstaat 2021, onderdeel jaarlaag 2019' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De gegevens in de jaarstaat Zvw 2021, jaarlaag 2019 zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar.

De gegevenslevering jaarstaat 2021, jaarlaag 2019 omvat de volgende bladen van het format 'Jaarstaat Zvw 2021':

- Kostenverzamelstaat 2019;
- Specifieke informatie A 2019.

De specifieke informatie A in de jaarstaat Zvw 2021, jaarlaag 2019, is voor de vereiste juistheidcontrole voorgelegd aan de (externe) accountant. De accountant heeft naar aanleiding van deze controle zijn bevindingen gerapporteerd en informatie verstrekt over alle tijdens het onderzoek geconstateerde feitelijke fouten en onzekerheden.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

Conclusie

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- Hoe de 'jaarstaat Zvw 2021, jaarlaag 2019, specifieke informatie A' tot stand gekomen is;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd;
- Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

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 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

2.2.5 Specificaties Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

2.2.6 Specificaties Rubriek 16 Kwaliteitsgelden

2.2.7 Verzekerdenstanden

2.2.8 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 2.2.6).

Kolom 1 en kolom 5 uit de kostenverzamelstaat in de jaarstaat moeten gespecificeerd worden. Een beschrijving van het kostenbegrip en van de te verantwoorden kosten per kolom, per kostenrubriek en per kostencodenummer in de kostenverzamelstaat, is opgenomen in hoofdstuk 4. Definities Kosten en Productie. In paragraaf 4.1. is aangegeven hoe u met (opbrengst)verrekeningen en vereffeningen moet omgaan in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover van toepassing moet u deze via een logische verdeelsleutel ook verwerken per codenummer en in de specificaties. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

In paragraaf 2.2.7 treft u een toelichting aan op de verzekerdengegevens die u moet aanleveren. Paragraaf 2.2.8 gaat over de gegevens die u in de jaarstaat moet aanleveren over berekende nominale rekenpremies voor gedetineerden.

COVID-kosten

De verantwoording van de COVID-kosten voor de jaren 2020 en 2021 zal niet wijzigen ten opzichte van het Handboek 2021 v2. In de catastrofale kostenverzamelstaat zijn de kostencodes opengesteld die hiervoor aangewezen zijn in de beleidsregel rondom artikel 33 van de Zvw. Nieuw in het Handboek 2022 is de specificatie van de verantwoording van de COVID-kosten in 2022.

De inhoud van de kostenverzamelstaat jaarstaat 2021 is vergelijkbaar met de kwartaalstaat kostenverzamelstaat Q4 2021.

De jaarstaat 2021 is, net als vorig jaar, opgesplitst in verschillende jaarlagen. Dit jaar worden alle jaarlagen los van elkaar weergegeven. Hierbij worden per jaarlaag de reguliere kostenverzamelstaat en de COVID-kosten naast elkaar weergegeven (2020 en 2021).

2022

Voor schadejaar 2022 worden alle kosten verantwoord onder de reguliere kostenverzamelstaat.

De kostencodes voor de meerkosten blijven behouden. De kostencodes voor de continuïteitsbijdragen zullen niet meer worden gebruikt vanaf schadejaar 2022. Ook vragen wij geen specificatie meer van de direct patiëntgebonden COVID kosten voor schadejaar 2022. De catastroferegeling geldt enkel voor de jaren 2020 en 2021.

2021

In de kostenverzamelstaten worden de kosten voor de Catastroferegeling over jaarlaag 2021 gescheiden van de kosten van de Risicoverevening. De twee tabbladen tezamen (reguliere

kostenverzamelstaat en catastrofe kostenverzamelstaat) vormen de totale lasten Zvw.
Hierbij geldt voor jaarlaag 2021 het volgende uitgangspunt:

- Kostenverzamelstaat Risicoverevening (regulier) = reguliere kosten + netto continuïteitsbijdragen
- Kostenverzamelstaat Catastroferegeling = direct patiëntgebonden COVID-kosten + meerkosten corona, indirect en toeslagen.

2020

Voor jaarlaag 2020 geldt dat direct patiëntgebonden COVID-kosten en meerkosten corona, indirect en toeslagen zowel meelopen in de reguliere kostenverzamelstaat (voor de risicoverevening) als in de catastrofe kostenverzamelstaat.

Hierbij geldt voor jaarlaag 2020 het volgende uitgangspunt:

- Kostenverzamelstaat Risicoverevening (regulier) = reguliere kosten + netto continuïteitsbijdragen + direct patiëntgebonden COVID-kosten + meerkosten corona, indirect en toeslagen.
- Kostenverzamelstaat Catastroferegeling = direct patiëntgebonden COVID-kosten + meerkosten corona, indirect en toeslagen.

Het deel van de totale indirecte meerkosten dat ten laste van de basisverzekering komt, is gebaseerd op de verhouding van de declaraties voor de basisverzekering en de declaraties voor de aanvullende verzekering per zorgaanbieder van 2019. Het deel wordt uitgedrukt in een percentage en afgerond op een decimaal. Alleen deze kosten tellen mee als indirecte meerkosten voor de catastrofeschadelast.

2.2.1 Kostenverzamelstaat

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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).

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

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

De wijzigingen voor 2022 zijn beschreven in 1.4.6. en 1.4.7.

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

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.

In paragraaf 4.1. is aangegeven hoe u met (opbrengst)verrekeningen en vereffeningen moet omgaan in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover van toepassing moet u deze via een logische verdeelsleutel ook verwerken per codenummer en in de specificaties. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

Voor de huisartsenzorg vindt er voor 2020 nacalculatie plaats op de continuïteitsbijdrage. Deze verrekening van de continuïteitsbijdrage vindt in 2022 plaats en moet u dan verantwoorden bij de kosten 2020.

Let op

I.v.m het opnemen van de COVID-kosten in de kwartaal- en jaarstaten is de onderverdeling in kolommen en het aantal tabbladen in de formats gewijzigd.

In de kwartaalstaat is naast de reguliere kwartaalstaat een extra Catastrofe kostenverzamelstaat toegevoegd. De opbouw van de jaarstaat 2021 is, net als vorig jaar, opgesplitst in verschillende jaarlagen. Dit jaar worden alle jaarlagen los van elkaar weergegeven. Hierbij worden per jaarlaag de reguliere kostenverzamelstaat en de COVID-kosten naast elkaar weergegeven (2020 en 2021).

Voor de toedeling van de kosten Catastroferegeling verwijzen wij u naar de Beleidsregels Catastroferegeling op de website van het Zorginstituut.

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2022

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2022		LASTEN 2021		LASTEN 2020 EN OUDER	
	LASTEN 2022 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2022	LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	LASTEN 2020 EN OUDER inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020 en ouder
01 HUISARTSENZORG en MDZ						
Bijzondere betalingen	503					
Avond-, nacht- en weekenddiensten	504					
Inschijftarieven	505					
Consulttarieven	506					
Overige tarieven	507					
Multidisciplinaire zorg	510					
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen	515					
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ	516					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	801					
Meerkosten Corona, indirect	801.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	801.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	821					
TOTAAL RUBRIEK 01		0	0	0	0	0
02 FARMACEUTISCHE ZORG						
Farmaceutische zorg	520					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	802					
Meerkosten Corona, indirect	802.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	802.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	822					
TOTAAL RUBRIEK 02		0	0	0	0	0
03 VERPLEGING EN VERZORGING						
Kosten van verpleging en verzorging	530					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	803					
Meerkosten Corona, indirect	803.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	803.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	823					
TOTAAL RUBRIEK 03		0	0	0	0	0
04 MONDZORG						
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	560.1					
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	560.2					
Kosten gebitsprothesen	561					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	804					
Meerkosten Corona, indirect	804.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	804.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	824					
TOTAAL RUBRIEK 04		0	0	0	0	0
05 VERLOSKUNDIGE ZORG						
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580					
Kosten Integrale geboortezorg	582					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	805					
Meerkosten Corona, indirect	805.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	805.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	825					
TOTAAL RUBRIEK 05		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 2022

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2022		LASTEN 2021		LASTEN 2020 EN OUDER	
	LASTEN 2022 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2022	LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	LASTEN 2020 EN OUDER inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020 en ouder
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG						
Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545					
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610					
Overige zorgproducten	611					
Kosten add-ons - Dure geneesmiddelen	612.1					
Kosten add-ons - IC	612.2					
Integrale kosten van DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613.1					
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1					
Integrale kosten extramuraal werkende 'specialisten	619					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	806					
Meerkosten Corona, indirect	806.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	806.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	826					
TOTAAL RUBRIEK 06		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					
Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	626					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	807					
Meerkosten Corona, indirect	807.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	807.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	827					
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0	0
08 HULPMIDDELENZORG						
Hulpmiddelenzorg	640					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	808					
Meerkosten Corona, indirect	808.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	808.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	828					
TOTAAL RUBRIEK 08		0	0	0	0	0
09 ZIEKENVERVOER						
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650					
Opbrengstverrekeningen regionale ambulance- voorzieningen	650.1					
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi 'en eigen auto	651					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	809					
Meerkosten Corona, indirect	809.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	809.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	829					
TOTAAL RUBRIEK 09		0	0	0	0	0
10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG						
Kosten specialistische GGZ met verblijf	661					
Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3)	661.1					
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf	662					
Generalistische basis GGZ	665					
Kosten consulten GGZ	666					
Kosten intramuraal verblijf GGZ	667					
Kosten overige prestaties GGZ	668					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	810					
Meerkosten Corona, indirect	810.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	810.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	830					
TOTAAL RUBRIEK 10		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 2022

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2022		LASTEN 2021		LASTEN 2020 EN OUDER	
	LASTEN 2022 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2022	LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	LASTEN 2020 EN OUDER inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020 en ouder
11 GRZ, ELV EN GZSP						
Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	670					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.1					
Meerkosten Corona, indirect	811.1.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	811.1.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.1					
Eerstelijnsverblijf (ELV)	671					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.2					
Meerkosten Corona, indirect	811.2.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	811.2.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.2					
Generalistische Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)	672					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.3					
Meerkosten Corona, indirect	811.3.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	811.3.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.3					
TOTAAL RUBRIEK 11		0	0	0	0	0
12 KRAAMZORG						
Kraamzorg	680					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	812					
Meerkosten Corona, indirect	812.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	812.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	832					
TOTAAL RUBRIEK 12		0	0	0	0	0
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN						
Overige kosten	700					
Overige geneeskundige zorg	701					
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	813					
Meerkosten Corona, indirect	813.1				0	0
Meerkosten Corona, toeslagen	813.2				0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	833					
TOTAAL RUBRIEK 13		0	0	0	0	0
15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG						
Kosten via verzekeraar	720					
Kosten via verbindingsoorgaan	721					
TOTAAL RUBRIEK 15		0	0	0	0	0
16 KWALITEITSGELDEN						
Kwaliteitsgelden	730					
TOTAAL RUBRIEK 16		0	0	0	0	0
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)		0	0	0	0	0

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

BATEN ZVV code	Totale baten 2022 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2022	Totale baten 2021 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2021	Totale baten 2020 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2020 en ouder
OPBRENGSTEN VERHAAL	890.1					
SCHADE T.L.V. HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO	910					
SCHADE T.L.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO	915					
GEBOEKTE NETTO PREMIES	940					

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat Catastrofeschaadelast in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2022

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT CATASTROFESCHADELAST

KOSTENRUBRIEK	code	COVID-kosten voor verzekerde zorg			
		LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	LASTEN 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
01 HUISARTSENZORG en MDZ					
Bijzondere betalingen	503				
Avond-, nacht- en weekenddiensten	504				
Inschrijftarieven	505				
Consulttarieven	506				
Overige tarieven	507				
Multidisciplinaire zorg	510				
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen	515				
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ	516				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	801				
Meerkosten Corona, indirect	801.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	801.2				
TOTAAL RUBRIEK 01		0	0	0	0
02 FARMACEUTISCHE ZORG					
Farmaceutische zorg	520				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	802				
Meerkosten Corona, indirect	802.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	802.2				
TOTAAL RUBRIEK 02		0	0	0	0
03 VERPLEGING EN VERZORGING					
Kosten van verpleging en verzorging	530				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	803				
Meerkosten Corona, indirect	803.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	803.2				
TOTAAL RUBRIEK 03		0	0	0	0
04 MONDZORG					
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	560.1				
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	560.2				
Kosten gebitsprothesen	561				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	804				
Meerkosten Corona, indirect	804.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	804.2				
TOTAAL RUBRIEK 04		0	0	0	0
05 VERLOSKUNDIGE ZORG					
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580				
Kosten Integrale geboortezorg	582				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	805				
Meerkosten Corona, indirect	805.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	805.2				
TOTAAL RUBRIEK 05		0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat Catastrofeschaadelast in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2022

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING - vervolg
 KOSTENVERZAMELSTAAT CATASTROFESCHADELAST

KOSTENRUBRIEK	tode	COVID-kosten voor verzekerde zorg			
		LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	LASTEN 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG					
Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545				
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610				
Overige zorgproducten	611				
Kosten add-ons - Dure geneesmiddelen	612.1				
Kosten add-ons - IC	612.2				
Integrale kosten van DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613.1				
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1				
Integrale kosten extramuraal werkende 'specialisten	619				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	806				
Meerkosten Corona, indirect	806.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	806.2				
TOTAAL RUBRIEK 06		0	0	0	0
07 PARAMEDISCHE ZORG					
Kosten fysiotherapie	620				
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621				
Kosten logopedie	623				
Kosten ergotherapie	624				
Kosten dieetadvisering	625				
Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	626				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	807				
Meerkosten Corona, indirect	807.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	807.2				
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0
08 HULPMIDDELENZORG					
Hulpmiddelenzorg	640				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	808				
Meerkosten Corona, indirect	808.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	808.2				
TOTAAL RUBRIEK 08		0	0	0	0
09 ZIEKENVERVOER					
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650				
Opbrengstenverrekeningen regionale ambulance- voorzieningen	650.1				
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi 'en eigen auto	651				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	809				
Meerkosten Corona, indirect	809.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	809.2				
TOTAAL RUBRIEK 09		0	0	0	0

Kostenverzamelstaat Catastrofeschedelast in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2022

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT CATASTROFESCHADELAST - vervolg

KOSTENRUBRIEK	tode	COVID-kosten voor verzekerde zorg			
		LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	LASTEN 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG					
Kosten specialistische GGZ met verblijf	661				
Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3)	661.1				
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf	662				
Generalistische basis GGZ	665				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	810				
Meerkosten Corona, indirect	810.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	810.2				
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0
11 GRZ, ELV EN GZSP					
Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	670				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.1				
Meerkosten Corona, indirect	811.1.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	811.1.2				
Eerstelijnsverblijf (ELV)	671				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.2				
Meerkosten Corona, indirect	811.2.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	811.2.2				
Generalistische Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)	672				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.3				
Meerkosten Corona, indirect	811.3.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	811.3.2				
TOTAAL RUBRIEK 11		0	0	0	0
12 KRAAMZORG					
Kraamzorg	680				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	812				
Meerkosten Corona, indirect	812.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	812.2				
TOTAAL RUBRIEK 12		0	0	0	0
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN					
Overige kosten	700				
Overige geneeskundige zorg	701				
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	813				
Meerkosten Corona, indirect	813.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	813.2				
TOTAAL RUBRIEK 13		0	0	0	0
15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG					
Kosten via verzekeraar	720				
Kosten via verbindingsorgaan	721				
TOTAAL RUBRIEK 15		0	0	0	0
16 KWALITEITSGELDEN					
Kwaliteitsgelden	730				
TOTAAL RUBRIEK 16		0	0	0	0
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)		0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat Catastrofeschadelast in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2022

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT CATASTROFESCHADELAST - vervolg

BATEN ZVW	code	COVID-baten voor verzekerde zorg			
		Totale baten 2021 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2021	Totale baten 2020 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2020
OPBRENGSTEN VERHAAL	890.1				
SCHADE T.L.V. HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO	910				
SCHADE T.L.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO	915				
GEBOEKTE NETTO PREMIES	940				

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2021

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2021		COVID-kosten (basisverzekering)	
		Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021
01 HUISARTSENZORG en MDZ					
Bijzondere betalingen	503				
Avond-, nacht- en weekenddiensten	504				
Inschrijftarieven	505				
Consulttarieven	506				
Overige tarieven	507				
Multidisciplinaire zorg	510				
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen	515				
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ	516				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	801				
Meerkosten Corona, indirect	801.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	801.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	821				
TOTAAL RUBRIEK 01		0	0	0	0
02 FARMACEUTISCHE ZORG					
Farmaceutische zorg	520				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	802				
Meerkosten Corona, indirect	802.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	802.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	822				
TOTAAL RUBRIEK 02		0	0	0	0
03 VERPLEGING EN VERZORGING					
Kosten van verpleging en verzorging	530				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	803				
Meerkosten Corona, indirect	803.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	803.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	823				
TOTAAL RUBRIEK 03		0	0	0	0
04 MONDZORG					
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	560.1				
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	560.2				
Kosten gebitsprothesen	561				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	804				
Meerkosten Corona, indirect	804.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	804.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	824				
TOTAAL RUBRIEK 04		0	0	0	0
05 VERLOSKUNDIGE ZORG					
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580				
Kosten Integrale geboortezorg	582				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	805				
Meerkosten Corona, indirect	805.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	805.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	825				
TOTAAL RUBRIEK 05		0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2021

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2021		COVID-kosten (basisverzekering)	
		Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG					
Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545				
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610				
Overige zorgproducten	611				
Kosten addons - Dure geneesmiddelen	612.1				
Kosten add-ons - IC	612.2				
Integrale kosten van DBC-zorgproduct 'gereguleerde segment	613.1				
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1				
Integrale kosten extramuraal werkende specialisten	619				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	806				
Meerkosten Corona, indirect	806.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	806.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	826				
TOTAAL RUBRIEK 06		0	0	0	0
07 PARAMEDISCHE ZORG					
Kosten fysiotherapie	620				
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621				
Kosten logopedie	623				
Kosten ergotherapie	624				
Kosten dieetadvisering	625				
Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	626				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	807				
Meerkosten Corona, indirect	807.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	807.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	827				
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0
08 HULPMIDDELENZORG					
Hulpmiddelenzorg	640				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	808				
Meerkosten Corona, indirect	808.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	808.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	828				
TOTAAL RUBRIEK 08		0	0	0	0
09 ZIEKENVERVOER					
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650				
Opbrengstverrekeningen regionale ambulance-'voorzieningen	650.1				
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi 'en eigen auto	651				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	809				
Meerkosten Corona, indirect	809.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	809.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	829				
TOTAAL RUBRIEK 09		0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2021

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2021		COVID-kosten (basisverzekering)	
		Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021
10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG					
Kosten specialistische GGZ met verblijf	661				
Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3)	661.1				
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf	662				
Generalistische basis GGZ	665				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	810				
Meerkosten Corona, indirect	810.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	810.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	830				
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0
11 GRZ, ELV EN GZSP					
Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	670				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.1				
Meerkosten Corona, indirect	811.1.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	811.1.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.1				
Eerstelijnsverblijf (ELV)	671				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.2				
Meerkosten Corona, indirect	811.2.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	811.2.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.2				
Generalistische Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen	672				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.3				
Meerkosten Corona, indirect	811.3.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	811.3.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.3				
TOTAAL RUBRIEK 11		0	0	0	0
12 KRAAMZORG					
Kraamzorg	680				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	812				
Meerkosten Corona, indirect	812.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	812.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	832				
TOTAAL RUBRIEK 12		0	0	0	0
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN					
Overige kosten	700				
Overige geneeskundige zorg	701				
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	813				
Meerkosten Corona, indirect	813.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	813.2				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	833				
TOTAAL RUBRIEK 13		0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2021

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK Code	LASTEN 2021		COVID-kosten (basisverzekering)	
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021
15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG				
Kosten via verzekeraar 720				
Kosten via verbindingorgaan 721				
TOTAAL RUBRIEK 15	0	0	0	0
16 KWALITEITSGELDEN				
Kwaliteitsgelden 730				
TOTAAL RUBRIEK 16	0	0	0	0
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)	0	0	0	0

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

BATEN ZVW Code	Totale baten 2021 inclusief balanspost	Waarvan ontvangen m.b.t. 2021	Verplicht Eigen Risico m.b.t. directe prestaties voor COVID- patiënten	
OPBRENGSTEN VERHAAL 890.1				
SCHADE T.L.V. HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO 910				
SCHADE T.L.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO 915				
GEBOEKTE NETTO PREMIES 940				

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2020

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2020		waarvan COVID-kosten (basisverzekering)	
		Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
01 HUISARTSENZORG en MDZ					
Bijzondere betalingen	503				
Avond-, nacht- en weekenddiensten	504				
Inschrijftarieven	505				
Consulttarieven	506				
Overige tarieven	507				
Multidisciplinaire zorg	510				
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen	515				
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ	516				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	801				
Meerkosten Corona, indirect	801.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	801.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	821				
TOTAAL RUBRIEK 01		0	0	0	0
02 FARMACEUTISCHE ZORG					
Farmaceutische zorg	520				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	802				
Meerkosten Corona, indirect	802.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	802.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	822				
TOTAAL RUBRIEK 02		0	0	0	0
03 VERPLEGING EN VERZORGING					
Kosten van verpleging en verzorging	530				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	803				
Meerkosten Corona, indirect	803.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	803.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	823				
TOTAAL RUBRIEK 03		0	0	0	0
04 MONDZORG					
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	560.1				
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	560.2				
Kosten gebitsprothesen	561				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	804				
Meerkosten Corona, indirect	804.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	804.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	824				
TOTAAL RUBRIEK 04		0	0	0	0
05 VERLOSKUNDIGE ZORG					
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580				
Kosten Integrale geboortezorg	582				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	805				
Meerkosten Corona, indirect	805.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	805.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	825				
TOTAAL RUBRIEK 05		0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2020

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2020		waarvan COVID-kosten (basisverzekering)	
		Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG					
Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545				
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610				
Overige zorgproducten	611				
Kosten addons - Dure geneesmiddelen	612.1				
Kosten add-ons - IC	612.2				
Integrale kosten van DBC-zorgproduct 'gereguleerde segment	613.1				
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1				
Integrale kosten extramuraal werkende specialisten	619				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	806				
Meerkosten Corona, indirect	806.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	806.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	826				
TOTAAL RUBRIEK 06		0	0	0	0
07 PARAMEDISCHE ZORG					
Kosten fysiotherapie	620				
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621				
Kosten logopedie	623				
Kosten ergotherapie	624				
Kosten dieetadviesing	625				
Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	626				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	807				
Meerkosten Corona, indirect	807.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	807.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	827				
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0
08 HULPMIDDELENZORG					
Hulpmiddelenzorg	640				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	808				
Meerkosten Corona, indirect	808.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	808.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	828				
TOTAAL RUBRIEK 08		0	0	0	0
09 ZIEKENVERVOER					
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650				
Opbrengstverrekeningen regionale ambulance-'voorzieningen	650.1				
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi 'en eigen auto	651				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	809				
Meerkosten Corona, indirect	809.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	809.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	829				
TOTAAL RUBRIEK 09		0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2020

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2020		waarvan COVID-kosten (basisverzekering)	
		Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG					
Kosten specialistische GGZ met verblijf	661				
Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3)	661.1				
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf	662				
Generalistische basis GGZ	665				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	810				
Meerkosten Corona, indirect	810.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	810.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	830				
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0
11 GRZ, ELV EN GZSP					
Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	670				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.1				
Meerkosten Corona, indirect	811.1.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	811.1.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.1				
Eerstelijnsverblijf (ELV)	671				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.2				
Meerkosten Corona, indirect	811.2.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	811.2.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.2				
Generalistische Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen	672				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.3				
Meerkosten Corona, indirect	811.3.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	811.3.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.3				
TOTAAL RUBRIEK 11		0	0	0	0
12 KRAAMZORG					
Kraamzorg	680				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	812				
Meerkosten Corona, indirect	812.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	812.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	832				
TOTAAL RUBRIEK 12		0	0	0	0
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN					
Overige kosten	700				
Overige geneeskundige zorg	701				
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	813				
Meerkosten Corona, indirect	813.1	0	0		
Meerkosten Corona, toeslagen	813.2	0	0		
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	833				
TOTAAL RUBRIEK 13		0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2020

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK Code	LASTEN 2020		waarvan COVID-kosten (basisverzekering)	
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG				
Kosten via verzekeraar 720				
Kosten via verbindingorgaan 721				
TOTAAL RUBRIEK 15	0	0	0	0
16 KWALITEITSGELDEN				
Kwaliteitsgelden 730				
TOTAAL RUBRIEK 16	0	0	0	0
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)	0	0	0	0

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

BATEN ZVW Code	Totale baten 2020 inclusief balanspost	Waarvan ontvangen m.b.t. 2020	waarvan verplicht Eigen Risico m.b.t. directe prestaties voor COVID-patiënten
OPBRENGSTEN VERHAAL 890.1			
SCHADE T.L.V. HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO 910			
SCHADE T.L.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO 915			
GEBOEKTE NETTO PREMIES 940			

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2019

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK Code	LASTEN 2021		LASTEN 2020		LASTEN 2019 EN OUDER
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
01 HUISARTSENZORG en MDZ					
Bijzondere betalingen	503				
Avond-, nacht- en weekenddiensten	504				
Inschrijftarieven	505				
Consultatarieven	506				
Overige tarieven	507				
Multidisciplinaire zorg	510				
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen	515				
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ	516				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	801				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	821				
TOTAAL RUBRIEK 01		0	0	0	0
02 FARMACEUTISCHE ZORG					
Farmaceutische zorg	520				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	802				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	822				
TOTAAL RUBRIEK 02		0	0	0	0
03 VERPLEGING EN VERZORGING					
Kosten van verpleging en verzorging	530				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	803				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	823				
TOTAAL RUBRIEK 03		0	0	0	0
04 MONDZORG					
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	560.1				
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	560.2				
Kosten gebitsprothesen	561				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	804				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	824				
TOTAAL RUBRIEK 04		0	0	0	0
05 VERLOSKUNDIGE ZORG					
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580				
Kosten integrale geboortezorg	582				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	805				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	825				
TOTAAL RUBRIEK 05		0	0	0	0
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG					
Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545				
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610				
Overige zorgproducten	611				
Kosten add-ons - Dure geneesmiddelen	612.1				
Kosten add-ons - IC	612.2				
Integrale kosten DBC-zorgproduct gereguleerde 'segment	613.1				
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1				
Integrale kosten extramuraal werkende 'specialisten	619				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	806				
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	826				
TOTAAL RUBRIEK 06		0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2019

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2021		LASTEN 2020		LASTEN 2019 EN OUDER
		Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
07 PARAMEDISCHE ZORG						
Kosten fysiotherapie	620					
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621					
Kosten logopedie	623					
Kosten ergotherapie	624					
Kosten dieetadvisering	625					
Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	626					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	807					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	827					
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0	0
08 HULPMIDDELENZORG						
Hulpmiddelenzorg	640					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	808					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	828					
TOTAAL RUBRIEK 08		0	0	0	0	0
09 ZIEKENVERVOER						
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650					
Opbrengstverrekeningen regionale 'ambulancevoorzieningen	650.1					
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi 'en eigen auto	651					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	809					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	829					
TOTAAL RUBRIEK 09		0	0	0	0	0
10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG						
Kosten specialistische GGZ met verblijf	661					
Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3)	661.1					
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf	662					
Generalistische basis GGZ	665					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	810					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	830					
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0	0
11 GRZ, ELV EN GZSP						
Geriatrische Revalidatie (GRZ)	670					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.1					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.1					
Eerstelijnsverblijf (ELV)	671					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.2					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.2					
Generalistische Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen	672					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.3					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.3					
TOTAAL RUBRIEK 11		0	0	0	0	0
12 KRAAMZORG						
Kraamzorg	680					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	812					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	832					
TOTAAL RUBRIEK 12		0	0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2019

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2021		LASTEN 2020		LASTEN 2019 EN OUDER
		Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN						
Overige kosten	700					
Overige geneeskundige zorg	701					
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	813					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	833					
TOTAAL RUBRIEK 13		0	0	0	0	0
15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG						
Kosten via verzekeraar	720					
Kosten via verbindingorgaan	721					
TOTAAL RUBRIEK 15		0	0	0	0	0
16 KWALITEITSGELDEN						
Kwaliteitsgelden	730					
TOTAAL RUBRIEK 16		0	0	0	0	0
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)		0	0	0	0	0

BATEN ZVW	Code	Totale baten 2021 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2021	Totale baten 2020 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2020	Totale baten ontvangen m.b.t. 2019 en ouder
OPBRENGSTEN VERHAAL	890.1					
SCHADE T.L.V. HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO	910					
SCHADE T.L.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO	915					
NETTO PREMIEOPBRENGSTEN	940					

2.2.2 Kosten naar deelbijdrage

Aanleverschema

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

In de tabel kosten naar deelbijdrage verdeelt u de totale lasten Zvw, zoals die zijn opgenomen in de eerste kolom van de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A, naar de verschillende deelbijdragen.

In de specificatie in de kwartaalstaat 'Lasten jaar T inclusief balanspost' geeft u de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar op.

In de jaarstaat specificieert u tevens het bedrag dat is opgenomen in de vijfde kolom.

De verdeling naar de deelbijdragen vindt plaats op basis van de ministeriële "Regeling risicoverevening" en de "Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering" van Zorginstituut Nederland zoals die voor het betreffende bijdragejaar van toepassing zijn.

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.

Let op

De COVID-19 kosten verantwoordt u als volgt.

Over het jaar 2019 neemt u alleen de Continuïteitsbijdrage GGZ mee.

Over het jaar 2020 neemt u zowel de Continuïteitsbijdrage als de Meerkosten op.

Voor het jaar 2021 neemt u alleen de Continuïteitsbijdrage op.

In de opgave in de kwartaalstaat 2022 neemt u geen Continuïteitsbijdrage op, u neemt wel de Meerkosten op.

De kosten van de Continuïteitsbijdrage en Meerkosten verantwoordt u als variabele zorgkosten, met uitzondering van de Continuïteitsbijdrage en Meerkosten voor de GGZ. Deze kosten verantwoordt u als Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Kosten per deelbijdrage

Specificatie in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2022

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2022 inclusief balanspost
Variabele zorgkosten	
Vaste zorgkosten	
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	
TOTAAL lasten (bruto-schade, definitie ZIN)	0

Specificatie in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2021

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2021 inclusief balanspost
Variabele zorgkosten	
Vaste zorgkosten	
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	
TOTAAL kosten	0

Specificatie in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2019

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
Variabele zorgkosten	 	
Vaste zorgkosten	 	
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	 	
TOTAAL kosten	0	0

2.2.3 Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

Aanleverschema

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

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

- Voor het jaar 2019 specificeert u de volgende kosten:
 - Kosten SKION en NTS (deel code 610);
 - Kosten van add-ons dure intramurale geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1 van de Regeling risicoverevening. Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 4).
- Voor het jaar 2020 specificeert u de volgende kosten:
 - Kosten SKION en NTS (deel code 610);
 - Kosten van ozp-stollingsfactoren (deel code 611) volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1 van de Regeling risicoverevening. Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de twee daaropvolgende kalenderjaren worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3).
 - Kosten van add-ons dure intramurale geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1 van de Regeling risicoverevening. Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de twee daaropvolgende kalenderjaren worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3).

M.i.v. 2021 verantwoordt u de stollingskosten bij code 612.1, u specificeert de stollingskosten dan ook onder 612.1

- Vanaf het jaar 2021 specificeert u de volgende kosten:
 - De kosten van SKION (deel code 610). De kosten voor de NTS worden in het geheel toegedeeld aan het cluster 'variabele zorgkosten' en niet meer gedeeltelijk aan het cluster 'vaste zorgkosten';
 - De kosten van add-ons dure intramurale geneesmiddelen en de kosten van ozp-stollingsfactoren volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1 van de Regeling risicoverevening. Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de drie daaropvolgende kalenderjaren worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3).

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

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

Specificaties in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2021

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2021 inclusief balanspost
Kosten SKION (deel code 610)	
Kosten SKION en NTS (deel code 610)	

CODE 612.1 - KOSTEN ADD-ONS DURE GENEESMIDDELEN	Lasten 2021 inclusief balanspost
Kosten add-ons - Dure intramurale geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren (artikel 1, regeling risicoverevening)	

Specificaties in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2019

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
Kosten SKION (deel code 610)		
Kosten SKION en NTS (deel code 610)		

CODE 612.1 - KOSTEN ADD-ONS	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
Add-ons dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1, regeling risicoverevening)		

2.2.4 Specificaties rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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 enkele zorgproducten gespecificeerd worden. Het gaat hierbij om geneesmiddelen GGZ die uit de sluis dure geneesmiddelen komen.

Vanaf 2021 specificeert u hier de kosten van de geneesmiddelen (in 2021 deel code 662, vanaf 2022 deel code 666) volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1 van de Regeling risicoverevening.

Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de drie daaropvolgende kalenderjaren worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3).

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

De specificatie is identiek aan de specificatie van de add-ons dure intramurale geneesmiddelen in paragraaf 2.2.3.

Specificaties in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2021

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

CODE 662 - KOSTEN VAN SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Lasten 2021 inclusief balanspost
Kosten van dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1, regeling risicoverevening)	

2.2.5 Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

Aanleverschema

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

Bij rubriek 15, grensoverschrijdende zorg, vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats. De afhandeling van de kosten kan via het CAK lopen of via de verzekeraar. De kosten die lopen via het CAK betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid (code 721). De kosten die lopen via de verzekeraar (code 720) betreffen kosten die worden vergoed op basis van de polis Zvw of de kosten van de tarifieringen: dit zijn 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 4.3.

In de specifieke informatie A wordt het onderscheid gevraagd naar kosten via de verzekeraar (code 720), mét een nadere uitsplitsing, en kosten via het CAK (code 721), mét een nadere uitsplitsing.

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.

• 720 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

In de jaarstaat 2017: Variabele zorgkosten (kosten Verpleging en verzorging maken hier onderdeel van uit), Geneeskundige GGZ en Langdurige GGZ.

Vanaf de jaarstaat 2018: Variabele zorgkosten en Geneeskundige GGZ (kosten Langdurige GGZ maken hier onderdeel van uit).

• 721 Toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via CAK (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 drie bovenstaande genoemde situaties te specificeren op basis van de declaraties die het CAK gedurende het jaar aan u voorlegt. De brief die u ieder kwartaal van het CAK hierover ontvangt is hierin niet leidend.

U verantwoordt uitsluitend de daadwerkelijk door u goedgekeurde declaraties, zie verder 4.3.

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

Specificaties in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2021

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG

CODE 720 - KOSTEN GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERZEKERAAR		Lasten 2021 inclusief balanspost
Variabele zorgkosten		
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg		
TOTAAL CODE 720 kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar		0

CODE 721 - KOSTEN GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERBINDINGSORGAAN		Lasten 2021 inclusief balanspost
Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via CAK	Behandeling in het buitenland met toepassing van artikel 20. EG-verordening 883/2004 of overeenkomstige verdragsbepaling	
	Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf in het buitenland van Zwv verzekerden die wonen in Nederland	
	Kosten gemaakt in het buitenland van Zwv verzekerden die wonen in het buitenland	
TOTAAL CODE 721 kosten gemaakt in het buitenland, via verbindingorgaan		0

Specificaties in de jaarstaat 2021, jaarlaag 2019

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG

CODE 720 - KOSTEN GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERZEKERAAR		Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
Variabele zorgkosten		0	
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg		0	
TOTAAL CODE 720 kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar		0	0

CODE 721 - KOSTEN GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERBINDINGSORGAAN		Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via CAK	Behandeling in het buitenland met toepassing van artikel 20. EG-verordening 883/2004 of overeenkomstige verdragsbepaling	0	
	Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf in het buitenland van Zwv verzekerden die wonen in Nederland	0	
	Kosten gemaakt in het buitenland van Zwv verzekerden die wonen in het buitenland	0	
TOTAAL CODE 721 kosten gemaakt in het buitenland, via verbindingorgaan		0	0

2.2.6 Specificaties rubriek 16 Kwaliteitsgelden

Aanleverschema

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

Deze rubriek wordt in de jaarstaat als volgt gespecificeerd:

- projectgelden GGZ, miv 2017 wordt de naam gewijzigd in "Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ", vervalt miv 2020;
- kosten Ondersteuning eerstelijnszorg, miv 2020 wordt de naam gewijzigd in 'Regionale ondersteuning en eerstelijnszorg';
- kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, vervalt miv 2020;
- kosten patiëntenparticipatie NPCF, miv 2017 wordt de naam gewijzigd in "Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten", vervalt miv 2020;
- kosten projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg, miv 2016, zijn vervallen;
- kosten stichting Kwaliteitsgelden wijkverpleging, miv 2018, zijn vervallen.

In de jaarstaat 2021 specificeert u alleen nog het jaar 2019. Daarna kan deze specificatie vervallen.

Specificatie in jaarstaat 2021, jaarlaag 2019

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 16 KWALITEITSGELDEN

CODE 730 - KWALITEITSGELDEN	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ		
Kosten regionale ondersteuning en eerstelijnszorg		
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten		
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten		
Kosten Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg		
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden wijkverpleging		
TOTAAL code 730	0	0

2.2.7 Verzekerdenstanden

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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.

De standen per maand zijn als volgt opgenomen in de kwartaalstaten 2022:

- 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 2022 (model is maart)

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

VERZEKERDENSTAND NAAR RISICOKLASSE

Peildatum: datum van nominale premieprolongatie
 voor de maand MAART 2022

LEEFTIJD	AANTAL NAAR GESLACHT			TOTAAL AANTAL
	MAN	VROUW	ONBEPaald	
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	0

VERZEKERDENSTAND NAAR NOMINALE PREMIE

Peildatum: datum van nominale premieprolongatie
 voor de maand MAART 2022

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

2.2.8 Berekende nominale rekenpremies gedetineerden

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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 beleidsregels van het Zorginstituut 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 2021 €1417 per jaar.

Specificatie in jaarstaat 2021

BEREKENDE NOMINALE REKENPREMIES GEDETINEERDEN

	BEDRAG
Totaal berekende nominale rekenpremies 2021 tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder	

3 Specifieke Informatie C

3.1 Specificaties van kosten en productie

3.2 Contractinformatie

3.3 Specificaties regeling wanbetalers

Specifieke Informatie C

In de Specifieke Informatie C is beleidsinformatie opgenomen, die Zorginstituut Nederland gebruikt voor zijn andere wettelijke taken, te weten fondsbeheer en pakketbeheer. De producten die het Zorginstituut in dit kader uitbrengt zijn het Financieel Jaarverslag Zorgverzekeringsfonds, Zorgcijfersdatabank, het pakketadvies en kwartaalrapportages aan VWS, CBS en CPB. Daarnaast worden de gegevens gebruikt als referentiemateriaal voor het GIP (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project).

De beleidsinformatie is van groot belang voor het (monitoren van) beleid en de bepaling van het Uitgaven Plafond Zorg (voorheen Budgettair Kader Zorg) en het Macroprestatiebedrag door VWS. Het is daarom belangrijk dat de informatie op detailniveau juist is en aansluit op de informatie in de specifieke informatie A. Uiteraard geldt dit door de opgave Continuïteitsbijdrage in de specifieke informatie A, niet meer op rubrieksniveau.

Onderdeel 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 (zie opmerking hierboven).

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

De definities van het kostenbegrip, van de te verantwoorden kosten per kolom, per kostenrubriek en per kostencodenummer zijn opgenomen in het hoofdstuk 4. Definities Kosten en productie.

In paragraaf 4.1. is aangegeven hoe u met (opbrengst)verrekeningen en vereffeningen moet omgaan in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover van toepassing moet u deze via een logische verdeelsleutel ook verwerken per codenummer en in de specificaties. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

Onderdeel 3.2 gaat over de uitvraag Contractinformatie. De contractinformatie medisch specialistische zorg wordt ook per instelling opgevraagd.

In onderdeel 3.3 wordt in het kader van regeling wanbetalers een specificatie gevraagd in alleen de vier kwartaalstaten.

Voor een aantal rubrieken vervangt u vanaf het schadejaar 2020 de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.

Het betreft de volgende rubrieken:

03 Verpleging en verzorging

04 Mondzorg

10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Met ingang van schadejaar 2021 geldt dit ook voor

01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg (alleen jaarstaat)

05 Verloskundige zorg

11 Geriatrische Revalidatie, Eerstelijnsverblijf en GZSP

12 Kraamzorg

Met ingang van Handboek 2022 geldt dit ook voor:

01 Huisartsenzorg specifieke informatie C bij tweede kwartaalstaat. De aanlevering bij vierde kwartaalstaat blijft tot nader orde nog in stand.

06 Medisch Specialistische Zorg vanaf jaarstaat 2021, voor zover het betreft:

- kostencode 611 Overige zorgproducten
- kostencode 545 Kosten specialisten mondziekten en kaakschirurgie

(let op: dit geldt niet voor de overige delen specifieke informatie C van de MSZ).

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

2^e kw (rubriek 01,03, 04 en 10): 27 augustus 2022

3^e kw (rubriek 10): 5 november 2022

4^e kw (rubriek 03, 04 en 10): 28 januari 2023

Jaarstaat : 22 april 2023

(rubriek 01, 03, 04, 05, 10, 11 en 12)

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

Aanleverschema specifieke informatie C

	KW 1	KW2	KW3	KW4	Jaarstaat
Rubriek 01 Huisartsenzorg en MDZ		X		X	X
Rubriek 02 Farmaceutische zorg					X
Rubriek 03 Verpleging en Verzorging		X		X	X
Rubriek 04 Mondzorg		X		X	X
Rubriek 05 Verloskundige zorg					X
Rubriek 06 Medisch specialistische zorg		X	X	X	X
Rubriek 09 Ziekenvervoer					X
Rubriek 10 GGZ		X	X	X	X
Rubriek 11 Geriatrische rev, ELV en GZSP					X
Rubriek 12 Kraamzorg					X
Rubriek 13 Diverse overige kosten		X		X	X
Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg					X
Contractinformatie		X		X	X

3.1 Specificaties van kosten en productie

- 3.1.1 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg
- 3.1.2 02 Farmaceutische zorg
- 3.1.3 03 Verpleging en verzorging
- 3.1.4 04 Mondzorg
- 3.1.5 05 Verloskundige zorg
- 3.1.6 06 Medisch specialistische zorg
- 3.1.7 09 Ziekenvervoer
- 3.1.8 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg
- 3.1.9 11 Geriatrische revalidatie zorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen (GZSP)
- 3.1.10 12 Kraamzorg
- 3.1.11 13 Diverse Overige kosten
- 3.1.12 15 Grensoverschrijdende zorg

Specificaties van kosten en productie

In de specificaties van kosten en productie specificiert u de kosten zoals die zijn opgenomen in de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A en de bij die kosten horende productieaantallen, zoals toegelicht bij de diverse specificaties. Alle gevraagde specificaties zijn verplicht.

In paragraaf 4.1. is aangegeven hoe u met (opbrengst)verrekeningen en vereffeningen moet omgaan in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover van toepassing moet u deze via een logische verdeelsleutel ook verwerken per codenummer en in de specificaties. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

De Continuïteitsbijdrage valt buiten de gevraagde specificaties.

3.1.1 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg (MDZ)

Aanleverschema

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

Vanaf 2020: Voor de Huisartsenzorg en de Multidisciplinaire zorg vervangt u de aanlevering van de jaarstaat specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.

Nieuw in 2022: Voor de Huisartsenzorg en de Multidisciplinaire zorg vervangt u de aanlevering van de 2^e kwartaalstaat specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens. De aanlevering bij vierde kwartaalstaat blijft tot nader orde nog in stand.

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

2^e kw: 27 augustus 2022

Jaarstaat: 22 april 2023

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

503 Bijzondere betalingen

In de specificatie van kostencodenummer 503 'Bijzondere betalingen' specificeert u de kosten naar:

- Module achterstandsfonds;
- M&I verrichtingen;
- Overige kosten.

506 Consulttarieven

In de specificatie van kostencodenummer 506 'Consulttarieven' specificeert u de kosten naar:

- Consulten huisartsen, < 5 min, 5 tot 20 min en > 20 min;
- Visites huisartsen, < 20 min en > 20 min;
- Telefonische consulten huisartsen, vervalt miv 2019;
- E-mail consulten huisartsen, vervalt miv 2019;
- Kosten POH GGZ;
- Huisartsenzorg Eerstelijnsverblijf en Intensieve zorg.

Bij de kosten POH GGZ neemt u alle prestaties van de POH GGZ, behalve de Module POH GGZ, op. Dus de consulten, de visites, de telefonische-, e-mail- en groepsconsulten.

507 Overige tarieven

In de specificatie van kostencodenummer 507 'Overige tarieven' specificeert u de kosten naar:

- Module POH GGZ/opslag praktijkondersteuner GGZ;
- S1 verrichtingen;
- Vaccinaties;
- Passantentarieven;
- Verloskundige zorg door huisartsen.

510 Multidisciplinaire zorg

In de specificatie van kostencodenummer 510 'Multidisciplinaire zorg' specificeert u de kosten naar:

- MDZ Diabetes Mellitus en Vasculair Risicomanagement;
- MDZ COPD en astma;
- Module geïntegreerde 1e lijnszorg;
- Organisatie en Infrastructuur;

Specifieke Informatie C
Specificaties van kosten en productie
01 huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

- Programma Stoppen met roken.

515 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen

In de specificatie van kostencodenummer 515 specificieert u de kosten naar:

- Resultaatbeloning huisartsen;
- Zorgvernieuwing huisartsen.

516 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ

In de specificatie van kostencodenummer 516 specificieert u de kosten naar:

- Resultaatbeloning MDZ;
- Zorgvernieuwing MDZ.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 01 huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

Specificaties in de 4^e kwartaalstaat 2022

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 4e kwartaal 2022
Module achterstandsfonds		
Module modernisering en innovatie		
Overige kosten		
TOTAAL code 503		0
CODE 506 - CONSULTTARIEVEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 4e kwartaal 2022
Kosten consulten huisartsen	korter dan 5 minuten	
	van 5 tot 20 minuten	
	20 minuten en langer	
Kosten visites huisartsen	≤ 20 minuten	
	> 20 minuten	
Kosten consulttarieven POH GGZ		
Kosten huisartsenzorg ELV en Intensieve zorg		
TOTAAL code 506		0
CODE 507 - OVERIGE TARIEVEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 4e kwartaal 2022
Module POH GGZ		
S1 Verrichtingen		
Vaccinaties		
Passantentarieven		
Verloskundige zorg door huisartsen		
TOTAAL code 507		0
CODE 510 - MULTIDISCIPLINAIRE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 4e kwartaal 2022
Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 en multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomanagement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zw)		
Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zw)		
Organisatie en infrastructuur		
Programma stoppen met roken		
TOTAAL code 510		0

Specificaties in de 4^e kwartaalstaat 2022

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG - vervolg

CODE 515 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING HUISARTSEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 4e kwartaal 2022
Kosten resultaatbeloning huisartsen	
Kosten zorgvernieuwing huisartsen	
TOTAAL code 515	0

CODE 516 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING MDZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 4e kwartaal 2022
Kosten resultaatbeloning MDZ	
Kosten zorgvernieuwing MDZ	
TOTAAL code 516	0

3.1.2 02 Farmaceutische zorg

Aanleverschema

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

520 Kosten van farmaceutische zorg

De kosten 'Farmaceutische zorg' worden gespecificeerd naar:

- kosten geneesmiddelen
- kosten i.v.m. ter handstelling
- kosten overige zorgprestaties.

De Medicatiebeoordeling chronisch UR geneesmiddelengebruik, gedeclareerd door huisartsen, wordt ook verantwoord bij Rubriek 02 Farmaceutische zorg en moet in de specificatie worden gespecificeerd bij Kosten overige zorgprestaties.

520 Aantal uitgiftes

De aantallen (m.b.t. de ontvangen en geaccepteerde declaraties) worden gespecificeerd naar:

- Aantal prestaties geneesmiddelen
- Aantal overige zorgprestaties.

Aantallen prestaties geneesmiddel:

Het gaat hier om het totaal aantal vergoede WMG-terhandstellingen plus de aantallen zogenoemde niet-WMG-uitgiftes.

Aantallen overige zorgprestaties:

Het gaat hier om het aantal vergoede overige zorgprestaties.

Voor een nader toelichting op de verschillende WMG-tarieven: zie www.nza.nl

Specificaties in de jaarstaat 2021

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 02 FARMACEUTISCHE ZORG

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2021
Kosten geneesmiddel	
Kosten i.v.m terhandstelling	
Kosten overige zorgprestaties	
TOTAAL code 520	0

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG	Aantal prestaties mbt 2021
Aantallen prestaties geneesmiddel	
Aantallen overige zorgprestaties	
TOTAAL prestaties	0

3.1.3 03 Verpleging en Verzorging

Aanleverschema

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

Vanaf 2020: Voor Verpleging en Verzorging vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
2^e kw: 27 augustus 2022
4^e kw: 28 januari 2023
Jaarstaat: 22 april 2023

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

3.1.4 04 Mondzorg

Aanleverschema

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

Vanaf 2020: Voor Mondzorg vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
2^e kw: 27 augustus 2022
4^e kw: 28 januari 2023
Jaarstaat: 22 april 2023

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

3.1.5 05 Verloskundige zorg

Aanleverschema

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

Vanaf 2021: Voor de Verloskundige zorg vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.

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

Jaarstaat: 22 april 2023

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

3.1.6 06 Medisch specialistische zorg

Aanleverschema

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

545 Kosten en aantallen Specialisten voor mondziekten en kaakchirurgen

Vanaf jaarstaat 2021: Voor kostencode 545 vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.

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

Jaarstaat 2021 22 april 2022
Jaarstaat 2022 22 april 2023

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

Aanleverschema

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

610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg

U specificeert de kosten naar 'Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria', kosten 'Trombosediensten' en kosten 'SKION en NTS'.

De kosten van huisartsenlaboratoria en trombosediensten zijn inclusief verrekeningen via de NZa.

611 Overige zorgproducten

Let op: Niet alle overige zorgproducten (volgens de 'Tarieventabel DBC zorgproducten en overige zorgproducten' van de NZa) verantwoordt u bij code 611. Zie 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/Wlz-instellingen die Zvw-prestaties leveren. Ook zzp-ers die MSVT leveren moeten hier worden opgenomen.

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

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

Jaarstaat 2021: 22 april 2022

Jaarstaat 2022: 22 april 2023

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

612 Kosten van Add-ons

In deze tabel specificeert u de kosten van de add-ons dure en weesgeneesmiddelen + de bloedstollingsmiddelen en de kosten van IC naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders. Voor meer informatie over de instellingen zie de toelichting bij 611.

Deze code vervalt miv 2019 en wordt vervangen door

code 612.1 'Kosten Add-ons - Dure geneesmiddelen' (+ m.i.v. 2021 de bloedstollingsmiddelen)

code 612.2 'Kosten Add-ons - IC'.

613.1 t/m 615.1 Kosten DBC-zorgproducten naar categorie instelling

In deze tabel specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten 613.1 en 615.1 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders. Voor meer informatie over de instellingen zie de toelichting bij 611.

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

Specificaties in de 2^e (model), 3^e en 4^e kwartaalstaat 2022

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUIZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2022		Lasten 2021		Lasten 2020 en ouder	
	Lasten 2022 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2022	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2020 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020 en ouder
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria						
Trombosediensten						
SKION en NTS						
TOTAAL code 610	0	0	0	0	0	0

CODE 611 - OVERIGE ZORGPRODUCTEN NAAR INSTELLING	Lasten 2022		Lasten 2021		Lasten 2020 en ouder	
	Lasten 2022 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2022	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2020 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 611	0	0	0	0	0	0

CODE 612.1 - KOSTEN ADD-ONS DURE GENEESMIDDELEN NAAR INSTELLING	Lasten 2022		Lasten 2021		Lasten 2020 en ouder	
	Lasten 2022 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2022	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2020 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 612.1	0	0	0	0	0	0

CODE 612.2 - KOSTEN ADD-ONS IC NAAR INSTELLING	Lasten 2022		Lasten 2021		Lasten 2020 en ouder	
	Lasten 2022 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2022	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2020 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 612.2	0	0	0	0	0	0

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

Specificaties in de 2^e (model), 3^e en 4^e kwartaalstaat 2022

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 613.1 - INTEGRALE KOSTEN VAN DBC-ZORGPRODUCTEN GEREGLIEERDE SEGMENT NAAR INSTELLING	Lasten 2022		Lasten 2021		Lasten 2020 en ouder	
	Lasten 2022 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2022	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2020 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 613.1	0	0	0	0	0	0

CODE 615.1 - INTEGRALE KOSTEN VAN DBC-ZORGPRODUCTEN VRIJE SEGMENT NAAR INSTELLING	Lasten 2022		Lasten 2021		Lasten 2020 en ouder	
	Lasten 2022 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2022	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021	Lasten 2020 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 615.1	0	0	0	0	0	0

Specificaties in de jaarstaat 2021

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2021		Lasten 2020		Lasten 2019 en ouder
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019 en ouder
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijns zorgaanbieders, geleverd door huisartsenlaboratoria					
Trombosediensten					
SKION en NTS					
TOTAAL code 610	0	0	0	0	0

CODE 611 - OVERIGE ZORGPRODUCTEN NAAR INSTELLING	Lasten 2021		Lasten 2020		Lasten 2019 en ouder
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019 en ouder
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 611	0	0	0	0	0

CODE 612.1 - KOSTEN ADD-ONS DURE GENEESMIDDELEN	Lasten 2021		Lasten 2020		Lasten 2019 en ouder
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019 en ouder
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 612.1	0	0	0	0	0

CODE 612.2 - KOSTEN ADD-ONS IC	Lasten 2021		Lasten 2020		Lasten 2019 en ouder
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019 en ouder
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 612.2	0	0	0	0	0
TOTAAL code 612	0	0	0	0	0

Specificaties in de jaarstaat 2021

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

DBC-zorgproducten NAAR INSTELLING Code	Lasten 2021		Lasten 2020		Lasten 2019 en ouder
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019 en ouder
Integrale kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment 613.1					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 613.1	0	0	0	0	0
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment 615.1					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 615.1	0	0	0	0	0

3.1.7 09 Ziekenvervoer

Aanleverschema

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

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.

Let op: Bij aantallen ambulanceritten specificeert u alleen het aantal Besteld vervoer B-rit (miv 2020 Planbare ambulancezorg (B-rit) (code I002) en het aantal Spoedvervoer A1-/A2-rit (miv 2020 Spoedeisende ambulancezorg (A1-/A2-rit) (code I010).

651 Kosten van vervoer per soort vervoer en per patiëntengroep

In deze tabel specificeert u de kosten ziekenvervoer 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).
 - Intensieve Kindzorg
 - patiënten Geriatrische revalidatie, miv 2020
 - patiënten GZSP, miv 2021
- logevergoeding, miv 2020, waaronder miv 2022 de gemaximeerde vergoeding van verblijf nabij expertziekenhuis na CAR-T- celtherapie.

De kosten van vervoer bij een ambulante behandeling geriatrische revalidatiezorg kunnen bij de specificatie t/m 2019 opgenomen worden bij de categorie 'overige patiënten met toestemming o.g.v. hardheidsclausule.

Met ingang van 2020 worden de kosten logevergoeding toegevoegd, deze kosten worden verder niet uitgesplitst.

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.

Naast de kosten van vervoer bij behandeling worden vanaf 2019 ook de kosten van het vervoer voor de genoemde patiëntengroepen vergoed in geval van consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 09 Ziekenvervoer

Specificaties in de jaarstaat 2021

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 09 ZIEKENVERVOER

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt jaar 2021	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt jaar 2020
Ambulanceritten		
Helikoptervluchten		
TOTAAL code 650	0	0

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER - vervolg	Aantal mbt 2021	Aantal mbt 2020
Ambulanceritten		
Spoed (code I010)		
Besteld (code I002)		
Helikoptervluchten		

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt jaar 2021	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt jaar 2020
Nierdialysepatiënten	Openbaar vervoer	
	Taxi	
	Eigen auto	
Chemokuur- en radiotherapie patiënten + immuuntherapie	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	
Geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen	Openbaar vervoer	
	Taxi	
	Eigen auto	
Intensieve kindzorg	Openbaar vervoer	
	Taxi	
	Eigen auto	
Geriatrische revalidatiezorg	Openbaar vervoer	
	Taxi	
	Eigen auto	
Logeervergoeding		
TOTAAL code 651	0	0

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO - vervolg	Aantal mbt 2021	Aantal mbt 2020
Totaal verzekerden met kosten hoger dan de wettelijke eigen bijdrage		

3.1.8 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Aanleverschema

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

Vanaf 2020: Voor Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens. U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:

2^e kw: 27 augustus 2022
3^e kw: 5 november 2022
4^e kw: 28 januari 2023
Jaarstaat: 22 april 2023

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

3.1.9 11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen (GZSP)

Aanleverschema

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

Vanaf 2021: Voor de Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen (GZSP) vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
Jaarstaat: 22 april 2023

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

3.1.10 12 Kraamzorg

Aanleverschema

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

Vanaf 2021: Voor de Kraamzorg vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.

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

Jaarstaat: 22 april 2023

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

3.1.11 13 Diverse Overige kosten

Aanleverschema

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

700 overige kosten

In de eerste specificatie van code 700 specificeert u de kosten naar de volgende onderdelen:

- kosten i.v.m de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties;
- kosten Integrale geboortezorg, miv 2017, miv 2020 naar rubriek 05;
- Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie, miv 2020 naar rubriek 07, code 626.

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

701 Overige geneeskundige zorg

U specificeert code 701 (ontvangen en geaccepteerde declaraties) naar de volgende onderdelen:

- kosten geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en
- kosten huidtherapie
- kosten orthoptie
- kosten optometrie
- kosten voetzorg bij Diabetes Mellitus
- kosten koemelkallergietest (niet horend bij MDZ)
- kosten regiefunctie complexe wondzorg.

702 Zintuiglijk gehandicapten

U specificeert code 702 (ontvangen en geaccepteerde declaraties) naar de volgende onderdelen:

- kosten Zorg ivm visuele beperking;
- kosten Zorg ivm auditieve beperking;
- kosten Zorg ivm taalontwikkelingsstoornis.

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

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 13 Diverse Overige kosten

Specificaties in kwartaalstaten 2022 2e (model) en 4e kwartaal

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN

CODE 701 - OVERIGE GENEESKUNDIGE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2022
Geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en	
Huidtherapie	
Orthoptie	
Optometrie	
Kosten voetzorg bij Diabetes Mellitus type 2	
Koemelkallergietest (niet horend bij Multidisciplinaire Zorg)	
Regiefunctie complexe wondzorg	
TOTAAL code 701	0
CODE 702 - ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2022
Kosten van zorg ivm visuele beperking	
Kosten van zorg ivm auditieve en communicatieve beperking	
TOTAAL code 702	0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 13 Diverse Overige kosten

Specificaties in de jaarstaat 2021

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2021	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019 en ouder
Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgprestaties			
Kosten Integrale geboortezorg			
Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie			
TOTAAL code 700	0	0	0

CODE 701 - OVERIGE GENEESKUNDIGE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt jaar 2021	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt jaar 2020
Geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en		
Huidtherapie		
Orthoptie		
Optometrie		
Kosten voetzorg bij Diabetes Mellitus type 2		
Koemelkallergietest (niet horend bij Multidisciplinaire Zorg)		
Regiefunctie complexe wondzorg		
TOTAAL code 701	0	0

CODE 702 - ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt jaar 2021	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt jaar 2020
Kosten van zorg ivm visuele beperking		
Kosten van zorg ivm auditieve en communicatieve beperking		
TOTAAL code 702	0	0

3.1.12 15 Grensoverschrijdende zorg

Aanleverschema

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

Hier vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats.

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

720 kosten via verzekeraar

U specificeert hier de kosten, die zijn gemaakt in het buitenland én die via de verzekeraar lopen. De specificatie bevat de volgende drie onderdelen:

- Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland:
 - Op basis van een contract tussen zorgverzekeraar en buitenlandse zorgverlener. Vergoeding vindt plaats op basis van de polis Zvw, volgens het basispakket Zvw;
 - Niet op basis van een contract, behandeling vindt plaats al dan niet na toestemming van de zorgverzekeraar. Vergoeding vindt plaats op basis van de polis Zvw, volgens het pakket Zvw, met uitzondering van de zogenoemde 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.

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

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

Specificaties in de jaarstaat 2021

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG

CODE 720 - KOSTEN GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERZEKERAAR		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt jaar 2021	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt jaar 2020
Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland	Op basis van een contract		
	Niet op basis van een contract		
Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland			
TOTAAL code 720		0	0

CODE 720 - GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERZEKERAAR		Aantal verzekerden mbt 2021	Aantal verzekerden mbt 2020
Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland	Op basis van een contract		
	Niet op basis van een contract		
Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland			
TOTAAL code 720		0	0

3.2 Contractinformatie

Aanleverschema

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

Wijziging 2021

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

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

Omdat u in de Kostenverzamelstaten de Meerkosten niet opgeeft vervalt de aansluiting tussen de opgegeven kosten in de KVS en de corresponderende kosten in de opgave contractinformatie.

Let op: Dit geldt ook voor de kwartalen 2022

Contractinformatie

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

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

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

Frequentie van aanlevering

- In de Jaarstaat 2021 levert u een update van de jaren 2021, 2020 en 2019 op.
- In de 2e kwartaalstaat 2022 levert u een update van contractinformatie jaar 2022 op.
- In de 4e kwartaalstaat 2022 levert u contractinformatie jaar 2023 op.

Onderverdeling contractinformatie

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

- Gecontracteerde zorg

U neemt hier de verwachte lasten op van zorgaanbieders waar u een contract mee heeft afgesloten. U houdt hierbij rekening met contractafspraken.

Bij de contractspecificaties van de GGZ en MSZ is de gecontracteerde zorg verder uitgesplitst.

U splitst de gecontracteerde zorg uit naar deelcontract. Deelcontracten worden gezien als functionele eenheid van het contract. Als een contract uit meerdere deelcontracten bestaat, rapporteert u deze individueel. Voorbeeld: Een plafondcontract met hier bovenop een staffelafpraak zonder maximum wordt gerapporteerd als twee deelcontracten met de plafondafpraak als deelcontract onder 'Plafondcontracten' en de staffelafpraak als deelcontract onder 'Gecontracteerd open einde'.

U heeft keuze uit de volgende contractvormen:

- Aanneemsommen: deelcontracten waarbij de aanbieder tegen een vast bedrag voor het jaar zorg levert;
- Plafondcontracten: deelcontracten die wel een maximumomzet, maar geen minimumomzet kennen;

- Nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten: dit betreft bonus-malus regelingen' die in de aanneemsomcontracten en plafondcontracten zijn opgenomen. Onder deze categorie neemt u alleen de inschatting van de uit de nacalculatie verwachte voortvloeiende kosten op. Het betreft onder andere specifieke nacalculaties die niet leiden tot een aanpassing van een breder geldend plafond, omdat dit bijvoorbeeld de prikkel voor de zorginstelling vermindert. Mogelijk wordt in plaats daarvan juist meer ruimte op andere afspraken en/of extra middelen gehonoreerd. Deze bonusopbrengsten (of maluskortingen als een doel niet wordt gehaald) kunnen dan opgevat worden als nacalculatie. Voorbeelden zijn bonusregelingen als een zorginstelling een bepaalde voorwaarde haalt, bijvoorbeeld een (permanente) verbetering van de kwaliteit van de zorg, innovatieve kosten besparingen door verbeteringen in de planbare zorg of sturen op zinnige zorg en het behalen van substitutie of samenwerkingsdoelstellingen;
- Open einde contracten: contracten die geen enkele beperking of garantie van de omzet kennen. Vergelijkbare contractvormen, waaronder staffelafspraken neemt u hier ook op;
- Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten: u rapporteert hier de som van alle plafonds die zijn afgesproken. Bij de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' geeft u aan welke schadelast Zvw u daadwerkelijk verwacht bij de zorgaanbieder waarmee u een plafondcontract heeft afgesproken. De verwachte schadelast is dus kleiner dan of gelijk aan de totaal afgesproken maximumomzet (van het afgesproken plafond, dus exclusief de nacalculatieafspraken bij plafondcontracten). Als bij gezamenlijke inkoop uw aandeel in de afgesproken maximumomzet plafondcontracten niet bekend is, dan geeft u hier de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' op.

- Lopende onderhandelingen

U neemt hier de meest waarschijnlijke uitkomst van de nog in onderhandelingen zijnde contracten op. Mochten t.z.t. nieuwe onderhandelingen starten, omdat bijvoorbeeld een zorgaanbieder dermate veel zorg heeft geleverd dat hij in financiële problemen raakt als vast wordt gehouden aan een plafond, dan kunt u de verwachte verruiming opnemen als lopende onderhandelingen. Zodra overeenstemming is bereikt, rapporteert u de verwachte lasten als gecontracteerde zorg en past u het maximaal plafond aan.

- Niet gecontracteerde zorg

Als vanaf het begin duidelijk is dat er niet onderhandeld zal worden of als de onderhandelingen nergens op uit zijn gekomen, dan neemt u de verwachte lasten van deze zorgaanbieder mee in de raming van de niet-gecontracteerde zorg.

Bij de opgave contractinformatie Verpleging en Verzorging specificeert u de verwachte kosten PGB apart. U geeft hier de som van de persoon gebonden budgetten op.

Contractinformatie Medisch specialistische zorg, gegevens per instelling

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

Deze gegevens levert u aan in een ASCII bestand.

Frequentie van aanlevering:

- In de Jaarstaat 2021 levert u een update van het jaar 2021 op.

- In de 2e kwartaalstaat 2022 levert u een update van contractinformatie jaar 2022 op.
- In de 4e kwartaalstaat 2022 levert u contractinformatie jaar 2023 op.
- 30 november 2022 levert u contractinformatie van de jaren 2021 en 2020 op.

De record lay-out volgt in deze paragraaf.

Ter toelichting het volgende:

1. UZOVI nummer

Als u de contractafspraken met zorgaanbieders op concernniveau of voor meerdere risicodragers heeft gemaakt is het mogelijk om één opgave te doen. In dat geval vermeldt u het UZOVI nummer van één van de risicodragers. Wij vragen u om in dat geval in een begeleidende e-mail te melden op welke andere UZOVI nummers de opgave ook betrekking heeft.

Ter attentie: In de kwartaal- en jaarstaten levert u de informatie wel per UZOVI nummer aan.

2. AGB code zorgaanbieder

U geeft de AGB code van de zorgaanbieder die medisch specialistische zorg op basis van de Zvw levert. Als een contract betrekking heeft op meerdere AGB codes, dan neemt u per AGB code een apart detailrecord op met dezelfde gegevens over het contract. Er kan sprake zijn van meerdere AGB codes bij één zorgaanbieder, maar bijvoorbeeld ook van een geallieerde ZBC die ook onder het contract van een ziekenhuis valt.

De opgave heeft betrekking op alle zorgaanbieders die medisch specialistische zorg op basis van de Zvw leveren. Het betreft de zorgaanbieders van wie u de kosten verantwoordt bij rubriek 06 in de kwartaal- en jaarstaten en dus niet de zorgaanbieders van wie u de kosten elders verantwoordt, zoals de instellingen voor geriatrische revalidatie.

Ter attentie: Als een contract betrekking heeft op meerdere AGB codes en u neemt per AGB code een apart detailrecord op met dezelfde gegevens, zoals hierboven aangegeven, dan sluiten de totaalbedragen niet meer aan op de opgave in de kwartaal-/jaarstaat.

3. Contractnummer

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

4. De verwachte schade en afgesproken maximumomzet plafondcontracten

Evenals in de kwartaal- en jaarstaten geeft u per deelcontract uw verwachting aan. Hierbij gelden de bovenstaande definities van de kwartaal- en jaarstaten met uitzondering van lopende onderhandelingen. In plaats van de lopende onderhandelingen geeft u de schade per instelling bij de meest waarschijnlijke contractvorm op zoals u die verwacht op basis van de lopende afspraken en aanvullende inzichten. Bij de afgesproken maximumomzet plafondcontracten geeft u de maximumomzet (behorend bij het plafond) op die voor het betreffende jaar is afgesproken met de betreffende instelling.

Omdat onder deelcontracttype nacalculatie bonusmalus-regelingen vallen is een extra positie toegevoegd om debet en credit aan te geven.

5. Sluitrecord

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

Specificaties in kwartaalstaten, 2e kwartaal 2022

CONTRACTINFORMATIE HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG, rubriek 01

	Lasten inclusief balanspost 2022
<i>Huisartsenzorg, codes 503, 504, 505, 506, 507, 515</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal huisartsenzorg	0
<i>Multidisciplinaire zorg, codes 510 en 516</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal multidisciplinaire zorg	0
Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	
Meerkosten (indirect en toeslagen), gecontracteerd en niet gecontracteerd	
TOTAAL RUBRIEK 01	0

CONTRACTINFORMATIE VERPLEGING EN VERZORGING, rubriek 03

	Lasten inclusief balanspost 2022
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Meerkosten (indirect en toeslagen), gecontracteerd en niet gecontracteerd	
PGB	
TOTAAL RUBRIEK 03	0

CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, rubriek 06

	Lasten inclusief balanspost 2022
Gecontracteerde zorg: aanneemsom	
Gecontracteerde zorg: plafond	
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten	
Gecontracteerde zorg: open einde contract	
Subtotaal gecontracteerde zorg	0
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Meerkosten (indirect en toeslagen), gecontracteerd en niet gecontracteerd	
TOTAAL RUBRIEK 06	0

	2022
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	

Specifieke Informatie C
Contractinformatie

CONTRACTINFORMATIE GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, rubriek 10

	Lasten inclusief balanspost 2022
Gecontracteerde zorg: aanneemsom	
Gecontracteerde zorg: plafond	
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten	
Gecontracteerde zorg: open einde contract	
Subtotaal gecontracteerde zorg	0
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Meerkosten (indirect en toeslagen), gecontracteerd en niet gecontracteerd	
TOTAAL RUBRIEK 10	0

	2022
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	

CONTRACTINFORMATIE ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN, code 702

	Lasten inclusief balanspost 2022
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Meerkosten (indirect en toeslagen), gecontracteerd en niet gecontracteerd	
TOTAAL CODE 702	0

CONTRACTINFORMATIE GERIATRISCHE REVALIDATIE, EERSTELIJNSVERBLIJF EN GENERALISCHTICHE GENEESKUNDIGE ZORG SPECIFIEKE PATIËNTGROEPEN, rubriek 11

	Lasten inclusief balanspost 2022
Geriatrische Revalidatie, code 670	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal Geriatrische Revalidatie zorg	0
Eerstelijnsverblijf, code 671	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal Eerstelijnsverblijf	0
Generalistische Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen, code 672	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen	0
Meerkosten (indirect en toeslagen), gecontracteerd en niet gecontracteerd	
TOTAAL RUBRIEK 11	0

Specificaties in de jaarstaat 2021

CONTRACTINFORMATIE HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG, rubriek 01

	Lasten inclusief balanspost 2021	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019
Huisartsenzorg, codes 503, 504, 505, 506, 507, 515			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Subtotaal huisartsenzorg	0	0	0
Multidisciplinaire zorg, codes 510 en 516			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Subtotaal multidisciplinaire zorg	0	0	0
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			0
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			0
TOTAAL RUBRIEK 01	0	0	0

CONTRACTINFORMATIE VERPLEGING EN VERZORGING, rubriek 03

	Lasten inclusief balanspost 2021	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
PGB			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			0
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			0
TOTAAL RUBRIEK 03	0	0	0

CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, rubriek 06

	Lasten inclusief balanspost 2021	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019
Gecontracteerde zorg: aanneemsom			
Gecontracteerde zorg: plafond			
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten			
Gecontracteerde zorg: open einde contract			
Subtotaal gecontracteerde zorg	0	0	0
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			0
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			0
TOTAAL RUBRIEK 06	0	0	0

	2021	2020	2019
Totaal afgesproken maximum omzet plafondcontracten			

Specifieke Informatie C
Contractinformatie

CONTRACTINFORMATIE GGZ, rubriek 10

	Lasten inclusief balanspost 2021	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019
Gecontracteerde zorg: aanneemsom			
Gecontracteerde zorg: plafond			
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten			
Gecontracteerde zorg: open einde contract			
Subtotaal gecontracteerde zorg	0	0	0
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
TOTAAL RUBRIEK 10	0	0	0

	2021	2020	2019
Totaal afgesproken maximum omzet plafondcontracten			

CONTRACTINFORMATIE ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN, code 702

	Lasten inclusief balanspost 2021	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
TOTAAL CODE 702	0	0	0

CONTRACTINFORMATIE GERIATRISCHE REVALIDATIE, EERSTELIJNSVERBLIJF EN
GENERALISCHTICHE GENEESKUNDIGE ZORG SPECIFIEKE PATIËNTGROEPEN, rubriek 11

	Lasten inclusief balanspost 2021	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019
Geriatrische Revalidatie, code 670			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Subtotaal Geriatrische Revalidatie	0	0	0
Eerstelijnsverblijf, code 671			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Subtotaal Eerstelijnsverblijf	0	0	0
Generalistische Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen, code 672			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Subtotaal Generalistische Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen	0	0	0
TOTAAL RUBRIEK 11	0	0	0

STRUCTUUR GEGEVENS VRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG PER INSTELLING

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

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

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

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL_VSD_UZOVI_MSZ_JJJJ_LL_III_V.txt.

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

3.3 Regeling wanbetalers

Aanleverschema

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

Wanbetalersregeling Zorgverzekeringswet

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

Aan te leveren gegevens

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

Toelichting op de uitvraag

Aantal verzekeringnemers met een betalingsachterstand.

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

Aantal verstuurde tweede-, respectievelijk vierdemaandsbrieven.

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

Aantal debiteuren met een interne of externe betalingsregeling

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

Aantal actieve stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling

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

Aantal wanbetalers (aangemeld bij het CAK), alle verzekerden waarbij een bestuursrechtelijke premie in rekening wordt gebracht, met een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar

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

Specificaties in kwartaalstaten 2022 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 CAK aangemeld met een betalingsachterstand van minder dan € 250.			
Wanbetalers bij CAK aangemeld met een betalingsachterstand van meer dan € 250, maar minder dan € 750.			
Wanbetalers bij CAK aangemeld met een betalingsachterstand van meer dan € 750.			

4 Definities Kosten en Productie

4.1 Kostenbegrip

4.2 Kolommen kostenverzamelstaat

4.3 Kostenrubrieken en kostencodenummers

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 het blok 'Baten Zvw' (4.3).

4.1 Kostenbegrip

De te verantwoorden kosten

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

Uit de Regeling Risicoverevening vloeit voort dat betalingen uit hoofde van een verplicht of vrijwillig eigen risico wel als zorgkosten verantwoord worden. Dit geldt niet voor de overige zorgkosten die verzekerden zelf moeten betalen, bijvoorbeeld bij overschrijding van een maximum aantal behandelingen of bij overschrijding van een maximumvergoeding in de aanspraak Zvw. Het spreekt vanzelf dat een en ander ook met zich meebrengt dat zorgverzekeraars bijbetalingen van verzekerden voor niet-gecontracteerde zorg en bijbetalingen in geval de tarieven boven een marktconform bedrag liggen niet verantwoord.

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

Nota van zorgverlener: € 1.000,-

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.

De verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten, zoals hierna beschreven in paragraaf 4.2, bestaat uit de geaccepteerde declaraties die tot en met een bepaalde datum zijn ontvangen en een balanspost uitgaande van het kansgewogen gemiddelde van toekomstige kasstromen. In principe is de verantwoording op transactiebasis. Vanaf schadejaar 2022 worden ook kostencode 721 (kosten via het verbindingsorgaan, rubriek Grensoverschrijdende zorg) en Opbrengsten verhaal (kostencode 890.1) op transactiebasis verantwoord. Alle buitenlandkosten die in 2021 of eerder zijn betaald (kostencode 721) en de baten die in 2021 of eerder zijn verhaald (kostencode 890.1), worden op kasbasis verantwoord. De verantwoording over de kasjaren 2020 en 2021 wijzigt dus niet meer.

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

Contractafspraken en verrekeningen

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

Zorgverzekeraars maken inkoopafspraken met zorgaanbieders waarin gewerkt wordt met

contractafspraken zoals lumpsum- of plafondaafspraken. Dit houdt in dat zorgaanbieders uiteindelijk alleen of maximaal het afgesproken bedrag van de zorgverzekeraar ontvangen. De verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de overeengekomen contractafspraken leiden na sluiting van het boekjaar tot verrekeningen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De zorgverzekeraars dienen verrekeningen op een zodanige wijze te registreren dat alleen die kosten worden verantwoord die daadwerkelijk door de zorgverzekeraars zijn gemaakt. De verrekeningen over jaar T moeten uiterlijk in de jaarstaat T+2 verwerkt zijn, ook in de verdeling naar kostencodes en in de gevraagde specificaties. De kosten, na verrekening, moeten op een juiste wijze aan de individuele verzekerden worden toegerekend.

In verband met de verantwoordingen op verzekerdenniveau voor de Risicoverevening registreert de zorgverzekeraar de kosten van geleverde prestaties op verzekerdenniveau, ongeacht de vorm en inhoud van de gemaakte inkoopafspraken. De verrekening tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders dient in het definitieve bestand 'Kosten per verzekerde' op een zodanige wijze plaats te vinden dat alle verzekerden bij een zorgverzekeraar met een gelijk DBC-zorgproduct of overig zorgproduct ook een gelijke schadelast per zorgaanbieder hebben. Wanneer de verschillen niet op het gevraagde niveau (kostencodes, usb codes in de specificaties, individuele verzekerden en de deelbedragen) bekend zijn, rekent de zorgverzekeraar deze via een logische verdeelsleutel -waarbij de kosten zoveel mogelijk worden toegerekend aan de verzekerden waarvoor de kosten gemaakt worden, waarbij de groep verzekerden zo klein mogelijk wordt gehouden- en op herleidbare kenbare wijze daar aan toe. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd. In het protocol van de NZa wordt uiteengezet op welke wijze de financiering onderwerp van controle is.

Ook als zorgverzekeraars prestaties volgens het representatiemodel inkopen dan moeten de kostentoerekeningen aan de verzekerden volgens een logische verdeling plaatsvinden en worden verantwoord in de kwartaal- en jaarstaten bij de betreffende codenummers en in de specificaties. Hetzelfde geldt voor het bestand 'Kosten per verzekerde'.

Verdere aandachtspunten met betrekking tot contractafspraken zijn:

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

Signalering opvallende balanspost in het format

Als in een jaar- of kwartaalstaat de verantwoording resulteert in een balanspost kleiner dan - 10%, dan verschijnt er automatisch de opdracht om de opgave te controleren op plausibiliteit. Indien een waarde kleiner dan -10% de best estimate is, dan licht u dit toe bij de opmerkingen, zo niet dan dient de raming te worden aangescherpt. Deze voorwaarde geldt voor alle balansposten in de KVS met uitzondering van kostencode 650.1
Opbrengstverrekening regionale ambulancevervoer. Bij deze kostencode zijn grote negatieve balansposten immers aannemelijk. Deze voorwaarden gelden tevens voor MSZ-

specificaties van onderdeel C. Bij de baten vraagt het Zorginstituut aanvullend om een negatieve opgave toe te lichten bij de opmerkingen.

Specifieke informatie C – best practices

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

4.2 Kolommen kostenverzamelstaat

4.2.1 Kolommen kwartaalstaten

Kolom 1: Lasten jaar T inclusief balanspost

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

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

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

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

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

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

Kolom 3: Lasten jaar T-1 inclusief balanspost

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

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

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

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

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

Cijfervoorbeeld 2^e kwartaalstaat 2022

Schadejaar 2022	
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2022 m.b.t 2022	170
Balanspost	
In juli 2022 ontvangen declaraties m.b.t het eerste halfjaar 2021	20
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t het hele jaar 2022	250

Schadejaar 2021	
Ontvangen declaraties in 2021 m.b.t 2021	400
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2022 m.b.t 2021	70
Balanspost	
In juli 2022 ontvangen declaraties m.b.t 2021	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2021	25

Schadejaar 2020 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2020 m.b.t 2020	350
Ontvangen declaraties in 2021 m.b.t 2020	100
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2022 m.b.t 2020	25
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2022 m.b.t 2006 t/m 2019	3
Balanspost	
In juli 2021 ontvangen declaraties m.b.t 2019	5
In juli 2021 ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2018	1
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2019	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2018	2

Verantwoording in de 2^e kwartaalstaat 2022

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

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.

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

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

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.

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

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. Alle verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten voor een zorgverzekeraar (bijvoorbeeld door opbrengstverrekeningen/ plafondaafspraken/budgetafspraken/prijsarrangementen) moeten worden verwerkt in de 'ontvangen en geaccepteerde declaraties'.
- en tevens de in jaar T ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006; inclusief creditnota's).

Kolom 5 bevat geen balanspost.

Cijfervoorbeeld jaarstaat 2021

Schadejaar 2021	
Ontvangen declaraties in 2021 m.b.t 2021	360
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2022 ontvangen declaraties m.b.t 2021	60
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2021	80

Schadejaar 2020	
Ontvangen declaraties in 2020 m.b.t 2020	400
Ontvangen declaraties in 2021 m.b.t 2020	90
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2022 ontvangen declaraties m.b.t 2020	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2020	15

Schadejaar 2019 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2019 m.b.t 2019	300
Ontvangen declaraties in 2020 m.b.t 2019	100
Ontvangen declaraties in 2021 m.b.t 2019	40
Ontvangen declaraties in 2022 over oude jaren (2006 t/m 2018)	10

Verantwoording in de jaarstaat 2021

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 en Multidisciplinaire zorg		
503	Bijzondere betalingen	
504	Avond-, nacht- en weekenddiensten	
505	Inschrijftarieven	
506	Consultarieven	
507	Overige tarieven	
510	Multidisciplinaire zorg	
515	Resultaatbeloning en zorgvernieuwing Huisartsen	
516	Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ	
02 Farmaceutische zorg		
520	Kosten van farmaceutische zorg	
03 Verpleging en Verzorging		
530	Kosten van verpleging en verzorging	
04 Mondzorg		
560.1	Kosten mondzorg voor volwassen verzekerden	
560.2	Kosten mondzorg voor jeugdige verzekerden	
561	Kosten van gebitsprothesen	
05 Verloskundige zorg		
580	Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	
581	Kosten verloskundige zorg door huisartsen	vervalt in 2019
582	Kosten Integrale geboortezorg	nieuw in 2020
06 Medisch specialistische zorg		
545	Kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie	
610	Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	
611	Overige zorgproducten	
612	Kosten Add-ons	vervallen in 2019
612.1	Kosten Add-on - Dure geneesmiddelen en Stollingsfactoren	nieuw in 2019
612.2	Kosten Add-ons – IC	nieuw in 2021
613.1	Integrale kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment	nieuw in 2019
615.1	Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment overige producten	
619	Integrale kosten extramuraal werkende Specialisten	
07 Paramedische zorg		
620	Kosten van fysiotherapie	
621	Kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar	
623	Kosten van logopedie	

Definities kosten en productie
Kostenrubrieken en kostencodenummers

624	Kosten van ergotherapie	
625	Kosten van dieetadvisering	
626	Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie	nieuw in 2020
08 Hulpmiddelenzorg		
640	Kosten van hulpmiddelenzorg	
09 Ziekenvervoer		
650	Kosten van vervoer per ambulance/helikopter	gewijzigd in 2018
650.1	Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen	nieuw in 2018
651	Kosten van vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto	
10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg		
661	Kosten van specialistische GGZ met verblijf (1 jr)	vervalt per 2022
661.1	Kosten langdurige GGZ (jaar 2 en 3 van verblijf)	vervalt per 2022
662	Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf	vervalt per 2022
665	Kosten generalistische basis GGZ	vervalt per 2022
666	Kosten consulten GGZ	nieuw in 2022
667	Kosten intramuraal verblijf GGZ	nieuw in 2022
668	Kosten overige prestaties GGZ	nieuw in 2022
11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen		
670	Kosten van geriatrische revalidatiezorg	
671	Kosten Eerstelijnsverblijf	
672	Kosten Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen	nieuw in 2020
12 Kraamzorg		
680	Kosten van kraamzorg	
13 Diverse Overige kosten		
700	Overige kosten	
701	Kosten van overige geneeskundige zorg	
702	Kosten van zorg Zintuiglijk gehandicapten	
15 Grensoverschrijdende zorg		
720	Kosten van grensoverschrijdende zorg – via verzekeraar	gewijzigd in 2019
721	Kosten Grensoverschrijdende zorg - Kosten via verbindingsorgaan	nieuw in 2019
16 Kwaliteitsgelden		
730	Kosten van kwaliteitsgelden	
Baten Zvw		
890.1	Opbrengsten verhaal	
910	Schade t.l.v. het vrijwillig eigen risico van verzekeren	
915	Schade t.l.v. van het verplicht eigen risico van verzekeren	
920	Schade afhandelingskosten	vervallen in 2019
930	Prudentiemarge balanspost	vervallen in 2018
940	Netto premieopbrengsten	nieuw in 2018

M.i.v. 2020

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

Voor de huisartsenzorg vindt er voor 2020 nacalculatie plaats op de continuïteitsbijdrage. Deze verrekening vindt plaats via het inschrijftarief in het 4e kwartaal 2021. Deze verrekening van de kosten moet u verantwoorden bij de kosten 2020.

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

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

Het deel van de totale indirecte meerkosten dat ten laste van de basisverzekering komt, is gebaseerd op de verhouding in 2019 van de declaraties voor de basisverzekering en de declaraties voor de aanvullende verzekering per zorgaanbieder. Het deel wordt uitgedrukt in een percentage en afgerond op een decimaal. Alleen deze kosten tellen mee als indirecte meerkosten voor de catastrofeschadelast.

801	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg
801.1	Meerkosten Corona, indirect	Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg
801.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg
802	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Farmaceutische zorg
802.1	Meerkosten Corona, indirect	Farmaceutische zorg
802.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Farmaceutische zorg
803	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Verpleging en Verzorging
803.1	Meerkosten Corona, indirect	Verpleging en Verzorging
803.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Verpleging en Verzorging
804	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Mondzorg
804.1	Meerkosten Corona, indirect	Mondzorg
804.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Mondzorg
805	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Verloskundige zorg
805.1	Meerkosten Corona, indirect	Verloskundige zorg
805.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Verloskundige zorg
806	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Medisch specialistische zorg

Definities kosten en productie
Kostenrubrieken en kostencodenummers

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

01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip. Bij de prestaties huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg zijn in ieder geval de volgende kosten geen prestaties Zvw: de kosten van keuringen en de kosten van informatieverstrekking, een aantal M&I verrichtingen en de prestaties voor militairen, gemoedsbezwaarden en asielzoekers. Voor de Multidisciplinaire zorg geldt dat u alleen de vergoedingscomponent voor zorg die valt onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw verantwoordt.

503 Bijzondere betalingen

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

504 Avond-, nacht- en weekenddiensten

- ANW-verrichtingen in HDS/buiten HDS.

505 Inschrijftarieven

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

506 Consulttarieven

- De kosten van consulten en visites door een huisarts. Telefonische en e-mail consulten zijn miv 2019 geen aparte prestaties meer.
- De kosten POH GGZ: Alle prestaties van de POH GGZ, behalve de Module POH GGZ. Dus de consulten, de visites, de telefonische-, e-mail- en groepsconsulten.
- Huisartsenzorg Eerstelijnsverblijf (elv) en Intensieve zorg.

507 Overige tarieven

- Module POH GGZ/opslag praktijkondersteuner GGZ.
- S1 verrichtingen. Overige S1-verrichtingen: Chirurgie, Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris, Oogboring, therapeutische injectie (cyriax) en IUD aanbrengen/implanteren of verwijderen implanonstaafje.
- Vaccinaties, anders dan tijdens een consult of een visite. Hier verantwoordt en specificeert u ook de vaccinaties voor passanten en vaccinaties ANW.
- Passantentarieven: het betreft hier de tarieven voor incidentele en acute zorgverlening door huisartsen op werkdagen overdag aan niet-ingeschreven verzekerden, mits niet woonachtig in de vestigingsgemeente van de huisarts en onder voorwaarde van een overeenkomst met minimaal één zorgverzekeraar.
- Verloskundige zorg door huisartsen, miv 2019.

510 Multidisciplinaire zorg

- Multidisciplinaire zorg DM2/VRM.
- Multidisciplinaire zorg COPD/astma.
- Organisatie en infrastructuur.
- Alle prestaties dieetadvisering ihkv MDZ.
- Programma Stoppen met roken.

515 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing Huisartsen

- Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek.
- Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen.
- Resultaatbeloning service en bereikbaarheid.
- Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg.
- Resultaatbeloning stimulering huisartsenzorg in krimpregio's.
- Resultaatbeloning overig.
- Zorgvernieuwing E-health.
- Zorgvernieuwing Meekijkconsult.
- Overige zorgvernieuwing.

516 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ

- Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek.
- Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen.
- Resultaatbeloning service en bereikbaarheid.
- Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg.
- Resultaatbeloning overig.
- Zorgvernieuwing E-health.
- Zorgvernieuwing Meekijkconsult.
- Overige zorgvernieuwing.

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

02 Farmaceutische zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 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.
- afleververgoeding (Wmg-tarief, inclusief BTW en eventuele marge, inclusief BTW) voor het verstrekte geneesmiddel.
- kosten van 'niet verstrekking gerelateerde prestaties'.

De Medicatiebeoordeling chronisch UR geneesmiddelengebruik, gedeclareerd door huisartsen, verantwoordt u ook bij rubriek 02 farmaceutische zorg.

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

Kosten geneesmiddel:

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

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

Kosten i.v.m. terhandstelling:

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

Voor een nader toelichting op de verschillende WMG-tarieven: zie www.nza.nl

Kosten overige zorgprestaties:

Het gaat hier om de vergoeding van de kosten die betrekking hebben op het door de apotheker in rekening gebrachte WMG-tarief: overige zorgprestaties. De kosten zijn inclusief BTW.

03 Verpleging en Verzorging

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

530 Kosten van Verpleging en Verzorging

- De kosten van de volgende prestaties: Persoonlijke verzorging, oproepbare verzorging, verpleging, oproepbare verpleging, gespecialiseerde verpleging, Advies-instructie-voorlichting (AIV), Beloning op maat, Experiment bekostiging V&V (t/m 2021), wijkgericht werken (t/m 2016), Experiment regelarme instelling, regionale beschikbaarheidsfunctie (t/m 2021), Experimenten Ketenzorg dementie (miv 2017 Ketenzorg dementie) organisatie en beschikbaarheid van avond-, nacht, en weekendzorg (miv 2021) en experiment cliëntprofielen V&V.
- Ook de Intensieve kindzorg wordt via bovenstaande prestaties gedeclareerd en verantwoord bij code 530.
Kosten zittend ziekenvervoer tbv Intensieve kindzorg worden verantwoord bij rubriek 09.
- Zowel Verpleging en Verzorging als Intensieve kindzorg kan via een PGB gefinancierd worden. Ook dan worden deze kosten verantwoord bij code 530.
- De kosten van de prestatie Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie (MSVT), kunnen zowel bij 530 als bij rubriek 06 MSZ verantwoord worden. Wanneer de kosten gedeclareerd worden door een medisch specialistische instelling worden deze verantwoord bij rubriek 06 MSZ.
- Verpleging en verzorging voor kinderen tot 18 jaar.

04 Mondzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 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) geldt met ingang van 2018 alleen voor de kosten van de honoraria van het plaatsen implantaat + de afzonderlijke in rekening gebrachte kosten van het implantaat.
- OZP, Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde (Tarientabel DBC zorgproducten).
- De kosten van uitneembare volledige prothetische voorzieningen (en de implantaat gedragen prothesen) voor de boven- of onderkaak volgens artikel 2.7, lid 5 sub b van het Besluit zorgverzekering verantwoordt u bij code 561.
- 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, dit zijn verzekerden tot en met 17 jaar, volgens het Besluit zorgverzekering. Voor fronttandvervanging geldt een leeftijd tot en met 22 jaar.
- Röntgendiagnostiek ten behoeve van orthodontische zorg is geen verzekerde prestatie.
- 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.
- De kosten van de implantaat gedragen prothesen, inclusief mesostructuren en de bijbehorende materiaal- en techniekkosten. En inclusief reparatie en rebasing.

05 Verloskundige zorg

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

580 Kosten van verloskundige zorg door verloskundigen

- Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor verloskundige zorg verleend door verloskundigen.

581 Kosten van verloskundige zorg door huisartsen

- Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor verloskundige zorg, inclusief diagnostiek, verleend door huisartsen.
Deze code vervalt miv 2019, de prestatie wordt verantwoord bij huisartsenzorg.

582 Kosten Integrale geboortezorg

- Kosten van in multidisciplinair verband geleverde zorg rondom de geboorte zoals in de prestaties Integrale geboortezorg is vastgesteld.

06 Medisch specialistische zorg

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

545 Kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie

Kosten en techniekkosten voor kaakchirurgen

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

610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg

- Kosten van huisartsenlaboratoria en trombosediensten (inclusief verrekeningen via de NZa).
- Alle kosten die huisartsenlaboratoria declareren worden verantwoord bij 610, ongeacht wie de aanvrager is.
- Tevens de betalingen aan de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatie Stichting.
Met ingang van 2021 wijzigt de bekostiging van de NTS. Een deel gaat via de VWS-begroting lopen. Een deel gaat via declaraties volgens de DBC systematiek (verantwoording bij DBC-zorgproducten). Het resterende deel gaat de NTS declareren en deze kosten verantwoordt u bij code 610.

611 Overige zorgproducten

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

- Alle prestaties 'OZP supplementair – Add-on duur of weesgeneesmiddel' en 'OZP supplementair – Add-on IC', verantwoordt u bij code 612.1 en 612.2. De prestatie Add-on overig verantwoordt u wel bij code 611;
- Intramuraal verstrekte bloedstollingsmiddelen verantwoordt u miv 2021 bij code 612.1 'add-ons dure en weesgeneesmiddelen'.
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor logopedie, verantwoordt u bij code 623.
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor ergotherapie, verantwoordt u bij code 624;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor dieetadvisering, verantwoordt u bij code 625. Prestaties dieetadvisering in het kader van gecoördineerde multidisciplinaire dienstverlening verantwoordt u bij code 510;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor optometrie en orthoptie, verantwoordt u bij code 701;
- OZP Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde, verantwoordt u bij rubriek 04;
- OZP Overige verrichtingen, kosten van alle prestaties kaakchirurgie, verantwoordt u bij code 545;
- OZP's die door huisartsenlaboratoria gedeclareerd worden, worden verantwoord bij 610. OZP's die door productiesamenwerkingsverbanden gedeclareerd worden, worden verantwoord bij 611;
- De kosten van de prestatie Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie (MSVT) kunnen zowel bij 611 als bij rubriek 03 V&V verantwoord worden. Wanneer de kosten gedeclareerd worden door een niet medisch specialistische instelling worden deze verantwoord bij rubriek 03 V&V.

612 Kosten van Add-ons

Add-ons zijn apart te declareren overige zorgproducten. Behandelingen op de IC en dure en weesgeneesmiddelen. De add-ons worden door de grouper bepaald.

Code 612 is gesplitst in 612.1 'Kosten Add-on – Dure geneesmiddelen' en 612.2 'Kosten Add-on – IC'. Met ingang van 2021 worden de stollingsmiddelen toegevoegd aan 612.2 'Add-on – Dure geneesmiddelen'.

613.1 Integrale kosten van DBC-zorgproducten gereguleerde segment.

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

615.1 Integrale kosten van DBC-zorgproducten vrije segment.

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

619 Kosten extramuraal werkende specialisten

Kosten van DBC-zorgproducten in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk alsmede de kosten 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.
- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen alleen ten laste van de Zvw verantwoord worden vanaf de 21e behandeling.

621 Kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar

- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor oefentherapie Mensendieck en Cesar, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen alleen ten laste van de Zvw verantwoord worden vanaf de 21e behandeling.

623 Kosten van logopedie

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

624 Kosten van ergotherapie

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

625 Kosten van dieetadvisering

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

626 Kosten van gecombineerde leefstijl interventie

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

08 Hulpmiddelenzorg

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

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

De medisch specialistische kosten bij MICU transport verantwoordt u bij rubriek 06, code 612. Bij code 650 verantwoordt u alleen de ambulancekosten MICU transport.

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

650.1 Opbrengstverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen

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

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

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.
- Kosten logeervergoeding. Wanneer er op tenminste drie achtereenvolgende dagen vervoer nodig is, kan er een vergoeding voor logeren verstrekt worden. Deze tegemoetkoming wordt vastgesteld op maximaal € 75,- per nacht en zal jaarlijks worden geïndexeerd. Dit is een alternatief voor de vergoeding zittend ziekenvervoer.

10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

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

Per 2022 wordt er in de ggz gewerkt met een nieuwe bekostiging: het Zorgprestatiemodel (ZPM). In plaats van DBC's, worden er prestaties gedeclareerd. Deze prestaties weerspiegelen daadwerkelijk geleverde zorg en zijn herkenbaar en controleerbaar voor de patiënt. De tarieven van de prestaties sluiten aan bij de behandelinzet en de behandelsetting.

666 Kosten consulten GGZ

Nieuwe code met ingang van 2022.

Onder kostencode 666 vallen de consulten met als doel het uitvoeren van diagnostiek, consulten met als doel het uitvoeren van behandeling en groepsconsulten. Ook de toeslagen die van toepassing zijn op deze consulten worden verantwoord onder kostencode 666. Tot de toeslagen worden reistijd, inzet tolk gebarentaal/communicatiespecialist, ambulante methadonverstrekking (eenheid prestatie per kalendermaand), rTMS (repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie, eenheid toeslag per consult) en Spravato (alleen kosten geneesmiddel) gerekend. Voor asynchrone digitale zorg registreert de zorgaanbieder één consult per dag op basis van de totale tijd besteed aan het contact met de patiënt op verschillende momenten van de dag.

667 Kosten intramuraal verblijf GGZ

Nieuwe code met ingang van 2022.

Onder kostencode 667 vallen de kosten en toeslagen van verblijfsdag A t/m G (beveiligingsniveau geen, 2, 3 of 4), verblijfsdag H (hic) en Verblijf met rechtvaardigingsgrond ggz (VMR). Een toeslag die bij verblijfsdag D van toepassing kan zijn, is de toeslag oorlogsgerelateerd psychotrauma.

668 Kosten Overige prestaties GGZ

Nieuwe code met ingang van 2022.

Onder kostencode 668 vallen de kosten voor overige prestaties. Overige prestaties zijn elektroconvulsietherapie, rTMS ten behoeve van de rTMS Technician, consultatie bij euthanasieverzoeken, intercollegiaal overleg setting ambulant kwaliteitsstatuut sectie II, zorgmachtiging Wvggz, facultatieve prestatie, transitieprestatie, consult acute ggz binnen budget en verblijfsdag D t/m H acute ggz binnen budget.

Tot en met schadejaar 2021 worden de kosten verantwoord onder kostencodes 661, 661.1, 662 en 665. OZP's eerstelijnsdiagnostiek zijn door de GGZ niet meer apart te declareren. Deze kosten zijn opgenomen in de tarieven.

U verantwoordt de acute GGZ met verblijf onder kostencode 661 'Kosten van specialistische GGZ met verblijf'. Onder kostencode 662 'Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf' verantwoordt u de acute GGZ zonder verblijf. De kosten acute GGZ vallen onder de deelbijdragen GGZ-deelbijdrage.

661 Kosten specialistische GGZ met verblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Als er sprake is geweest van (24-uurs) verblijf dan verantwoordt u alle kosten GGZ van de betreffende verzekerden bij code 661.

De periode van de deelprestatie verblijf kan korter zijn dan de duur van de DBC. Dit is het geval als een cliënt vóór opname of na ontslag ambulant wordt behandeld. De gehele DBC en de (kortere) deelprestatie verblijf 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.

Met ingang van 2022 wordt deze kostencode alleen nog gebruikt voor schadejaar 2021 en eerder.

661.1 Kosten langdurige GGZ (LGGZ)

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Kosten specialistische GGZ met verblijf, jaar 2 en 3. Deze zorg is overgeheveld vanuit de AWBZ en wordt (voorlopig) gedeclareerd middels ZZP's. Met ingang van 2022 wordt deze kostencode alleen nog gebruikt voor schadejaar 2021 en eerder.

662 Kosten specialistische GGZ zonder verblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Als er geen sprake is geweest van (24-uurs) verblijf dan verantwoordt u alle kosten GGZ van de betreffende verzekerden bij code 662. Met ingang van 2022 wordt deze kostencode alleen nog gebruikt voor schadejaar 2021 en eerder.

665 Kosten van generalistische basis GGZ

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Hieronder vallen de prestaties Basis GGZ Kort, Middel, Intensief, Chronisch en Onvolledig behandeltraject. Met ingang van 2022 wordt deze kostencode alleen nog gebruikt voor schadejaar 2021 en eerder.

11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen

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

671 Eerstelijnsverblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

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

672 Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

U verantwoordt hier (met ingang van 2020) de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen van de NZa. Ook verantwoordt u hier de prestatie medische verklaring wet zorg en dwang, op basis van de beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' van de NZa. De paramedische zorg die gegevens wordt als onderdeel van de GZSP wordt verantwoord bij rubriek 07 Paramedische zorg volgens regelgeving eerstelijns paramedische zorg.

12 Kraamzorg

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

700 Kosten van Overige kosten

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

701 Kosten van overige geneeskundige zorg

- Bij deze code verantwoordt u de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' van de NZa, met uitzondering van de prestatie medische verklaring wet zorg en dwang.
- U verantwoordt hier geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGD artsen en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610. De overige prestaties eerstelijnsdiagnostiek worden verantwoord bij code 611.
- Hier verantwoordt u ook de kosten van de hierna genoemde Zvw zorg, voor zover die is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering op grond van de Wmg. Deze zorg is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering, tenzij de zorg wordt geleverd door of vanwege een instelling (in de zin van de Wet toelating zorginstellingen) en/of deel uitmaakt van een prestatie of geheel van prestaties waarvoor een tarief in rekening wordt gebracht. Het betreft: 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 transeksuelen), de zorg is geleverd door vrijgevestigde zorgaanbieders en voor zover aan de door de zorgverzekeraars gestelde voorwaarden in de polis is voldaan.
U verantwoordt hier ook de OZP's orthoptie en optometrie, gedeclareerd door instellingen.
- Hier verantwoordt u de prestaties Voetzorg bij Diabetes Mellitus, Koemelkallergietest (niet behorend bij MDZ) en regiefunctie complexe wondzorg.

702 Kosten van Zintuiglijk gehandicapten

- Zorg ivm visuele beperking.
- Zorg ivm auditieve beperking.
- Zorg ivm taalontwikkelingsstoornis.

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

15 Grensoverschrijdende zorg

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

In de beschrijving is onderscheid aangebracht naar vergoeding op basis van de polis Zvw (code 720) en naar vergoeding met toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid (code 721).

U ontvangt informatie over de kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg die voor uw verzekerden zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen van het CAK.

720 Kosten via verzekeraar

• **Vergoeding op basis van polis Zvw:** vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten vindt in dit geval plaats op basis van het in Nederland geldende (basis)pakket. Dit kunnen kosten betreffen in alle landen van de wereld. Verantwoording van de in het buitenland gemaakte kosten vindt plaats op basis van de nota's die de zorgverzekeraar van zijn verzekerden ontvangt (en die voor vergoeding in aanmerking komen). Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld voor vakantie, maximaal één jaar) in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland. Als de verzekerde geen gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart dan wel een 111 formulier, kan toch vergoeding op grond van verordening of verdrag plaatsvinden (de zogenoemde 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.

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

721 Kosten via verbindingsorgaan

• **Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid:** dit betreft kosten gemaakt in het buitenland op basis van afspraken tussen Nederland en het betreffende land, die zijn vastgelegd in verordeningen of verdragen. Vergoeding vindt in dat geval plaats op basis van het in het betreffende land geldende pakket. Dit kunnen kosten betreffen in alle EU/EER landen en de overige verdragslanden waar Nederland een verdrag mee heeft. Per schadejaar 2022 zal de verantwoording van de grensoverschrijdende zorg via het verbindingskantoor, kostencode 721, verantwoord worden op transactiebasis in plaats van kasbasis.

Alle buitenlandkosten die in 2021 of eerder zijn betaald, worden op kasbasis verantwoord. De verantwoording over de kasjaren 2020 en 2021 wijzigt dus niet meer.

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

Dit betekent voor de kwartaalstaten 2022 het volgende;

- De kosten voor 2021 en eerder die in de brieven van het CAK (t/m 4e kwartaalafrekening, februari 2022) worden meegenomen, worden verantwoord onder het jaar 2021. De kosten voor 2021 en eerder die niet in de brieven van het CAK (t/m 4e kwartaalafrekening, februari 2022) worden meegenomen, moeten onder 2022 worden verantwoord;
- Alle kosten die gedurende 2022 binnenkomen en betrekking hebben op eerdere schadejaren zullen worden geboekt op het schadejaar 2022;
- Alle kosten die in 2022 binnenkomen en betrekking hebben op schadejaar 2022 worden

verantwoord onder het jaar 2022;

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

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

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

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

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

De volgende toepassingen van verordening of verdrag worden onderscheiden

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

16 Kwaliteitsgelden

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

730 Kwaliteitsgelden

Hier verantwoordt u de volgende kosten:

- Kosten van ondersteuning eerstelijnszorg volgens de beleidsregel van de NZa met de naam 'Regionale ondersteuning en eerstelijnszorg';
- Projectgelden GGZ. Met ingang van 2017 wijzigt de naam in "Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ", vervalt miv 2020;
- Kosten SKMS, vervalt miv 2020;
- Kosten Patiëntenparticipatie NPCF (ook inning via ZN). Met ingang van 2017 wijzigt de naam in "Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten", vervalt miv 2020;
- Kosten 'Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg', vervalt miv 2021;
- Met ingang van 2018 kunnen hier de kosten 'stichting Kwaliteitsgelden wijkverpleging' verantwoord worden, Vervalt miv 2021.

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

Baten Zvw

890.1 Opbrengsten verhaal

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

Alle baten die in 2021 of eerder zijn verhaald, worden op kasbasis verantwoord. De verantwoording over de kasjaren 2020 en 2021 wijzigt dus niet meer.

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

Dit betekent voor de kwartaalstaten 2022 het volgende;

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

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

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

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

910 Schade ten laste van het vrijwillig eigen risico verzekerden

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

915 Schade ten laste van het verplicht eigen risico verzekerden

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

In de jaarstaat 2021 en de kwartaalstaten 2021 vragen wij geen COVID-zorg op. Ook bij de opgave van het eigen risico geeft u niet het eigen risico als gevolg van COVID-zorg op.

920 Schade afhandelingskosten

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

Deze code vervalt miv 2019

940 Netto premieopbrengsten

Hier wordt het bedrag weergegeven dat **totaal daadwerkelijk geboekt** is aan netto premies van de verzekerden volgens de grondslag van artikel 17 lid 1 en 4 Zvw. Premies die niet geïnd konden worden, kwijtscheldingen of kortingen, waaronder collectiviteitsregelingen en de premiekorting als gevolg van verhoogd eigen risico, zijn verrekend in het netto bedrag.

5 Aanvullende informatie risicoverevening

- 5.1 *Beschrijving gegevensuitvraag vanwege het uitvoeringsproces risicoverevening*
- 5.2 *Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2021*
- 5.3 *Gegevensvraag persoonskenmerken 2022*
- 5.4 *Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's) 2021*
- 5.5 *Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's), somatisch 2020*
- 5.6 *Gegevensvraag gegevens GGZ 2020*
- 5.7 *Gegevensvraag kosten per verzekerde 2019 en 2020*
- 5.8 *Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's) 2021*
- 5.9 *Gegevensvraag add-on geneesmiddelen 2020*
- 5.10 *Gegevensvraag fysiotherapie en oefentherapie kostengroepen 2021*
- 5.11 *Gegevensvraag Wlz 2021*

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. Al deze gegevens gebruikt het Zorginstituut voor de risicoverevening. De gegevens kunnen op verzoek van VWS ook gebruikt worden voor onderzoek ter verbetering van het risicovereveningsmodel. De gegevensaanlevering 'verzekerde periode en persoonskenmerken' (UZOVI-code, pseudo-BSN en tijdvak) kan het Zorginstituut ook gebruiken voor andere producten die voortvloeien uit de wettelijke taken van het Zorginstituut, voor zover de betreffende verzoeker van het Zorginstituut onderbouwt dat die informatie noodzakelijk is voor die andere wettelijke taak.

In paragraaf 5.1 is een beschrijving opgenomen over de structurele gegevensuitvraag van Zorginstituut Nederland vanwege het uitvoeringsproces risicoverevening. De paragrafen 5.2 tot en met 5.11 gaan over de specifieke gegevensvragen per verzekerde.

Heraanlevering

De heraanlevering van de bestanden hulpmiddelen, farmacie en fysio 2020 is op dit moment niet nodig is. Pas na de 2^e herijking van de beleidsregels catastroferegeling, 1 oktober van dit jaar, kunnen we hier definitief iets over zeggen. Indien dan nodig blijkt om over te gaan tot een heraanlevering van deze bestanden, gaan wij in overleg met verzekeraars over de exacte timing hiervan. De record lay-outs en bestuursverklaringen voor deze bestanden zijn niet in dit handboek opgenomen.

COVID-zorg

U levert de bestanden aan inclusief declaraties voor COVID-zorg.

In 1 bestand is een COVID-marker opgenomen, die aangeeft of een declaratie COVID-zorg betreft. Dit betreft het bestand Gegevensvraag diagnosekostengroepen (DKG's) 2020.

In de bestanden GGZ gegevens en de Add-ons is geen COVID-marker opgenomen. Mogelijk is volgend jaar, dit geldt met name voor de Add-ons, een heraanlevering nodig. In deze heraanleveringen wordt wel een COVID-marker opgenomen.

In het KPV bestand 2020 moeten de COVID-kosten opgegeven worden middels verschillende schadebedragen.

In de bestanden Farmaciegegevens 2021, Hulpmiddelen gegevens 2021 en Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2021 is geen COVID-marker opgenomen. Mogelijk vraagt het Zorginstituut volgend jaar een heraanlevering met COVID-marker.

Bestuursverklaringen

Voor het verwerken van de bestuursverklaringen, door de NZA en ZIN, is het noodzakelijk dat de bestuursverklaringen door alle zorgverzekeraars identiek en exact volgens het aangeboden format worden opgesteld.

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

- Bestandsnaam
ZINL_NZA_RVE_<UZOVI>_<PRODUCT>_<EEJJ>_<MND>_<NR>_BV.pdf
- UZOVI-nummer: XXXX
- Alle schadebedragen
€ XXX.XXX.XXX,XX
- (aantal) detailrecords : XXX.XXX
- (aantal) unieke BSN's : XXX.XXX

Vervolgens verzoeken wij u om de originele pdf naar ZIN te sturen, dus niet scannen of kopiëren.

Indien dit niet mogelijk is, verzoeken wij u de originele pdf zonder handtekening mee te sturen.

Bij de assurancerapporten, behorende bij de bestuursverklaringen, verzoeken wij u de volgende bestandsnaam te gebruiken:

- **ZINL_NZA_RVE_<UZOVI>_<PRODUCT>_<EEJJ>_<MND>_<NR>_AR.pdf**

5.1 Beschrijving gegevensuitvraag vanwege het uitvoeringsproces risicoverevening

In deze paragraaf is de uitvraag van gegevens beschreven van Zorginstituut Nederland voor de uitvoering van de risicoverevening.

Inleiding

Doel en afbakening

Deze paragraaf heeft als doel om de informatiebehoefte van het Zorginstituut te beschrijven voor de uitvoering van de 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.

Producten van het Zorginstituut in één kalenderjaar (structurele situatie)

Gegeven de taken van het Zorginstituut in het kader van de risicoverevening kunnen vijf formele producten worden onderscheiden van het Zorginstituut in kalenderjaar t. De volgorde waarin het Zorginstituut deze producten in het kalenderjaar opstelt, staat verderop in Tabel 1. In onderstaand overzicht zijn de stappen in een volgorde gepresenteerd zoals die geldt voor de vereveningscyclus voor één vereveningsjaar (t):

- 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 verstrekt het Zorginstituut 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 eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 oktober jaar t+1). Dit is een beschikking.
- 4 De tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 oktober jaar t+3). Dit is een beschikking.
- 5 De definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 april jaar t+4). Dit is een beschikking.

Voor deze vijf producten heeft het Zorginstituut gegevens nodig van zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en van vier andere partijen: de Belastingdienst, DUO, UWV en Vektis. Welke gegevensjaren en bestandsversies het Zorginstituut voor elk van deze producten gebruikt, is voor het vereveningsjaar 2022 vastgelegd in de Beleidsregels risicoverevening 2022. Hierin is per product benoemd welke gegevensbestanden gebruikt worden.

In **Tabel 1** zijn de producten in combinatie met de gegevensaanleveringen in het kalenderjaar 2022 als uitgangspunt genomen.

Op de horizontale as staan respectievelijk de gegevensstromen over verzekerden en kosten. Op de verticale as staan de vijf producten van het Zorginstituut.

De eerste aanduiding betreft het verslagjaar of de 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 kalenderjaar 2022 in relatie tot producten van Zorginstituut Nederland

		GEGEVENS VOOR VERZEKERDENAANTALLEN								GEGEVENS OVER KOSTEN
		Verzekerde periode en persoonskenmerken	Persoonskenmerken	Farmacie/Hulpmiddelen/Paramedisch	DBC somatisch / add-ons	GGZ gegevens	Gegevens aard van inkomen	Inkomens / Adressen / Wlz-gegevens	Kosten per verzekerde	Kosten jaarstaat
Nr	Producten in 2022	Zorgverzekeraar					UWV, BD, DUO	BD / Zorgkantoren	Zorgverzekeraar	
1	Herziening ex ante 2022 (Lenteherberekening) Voor 1 april 2022	nvt	¹⁾	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
2	Definitieve vaststelling 2018 Voor 1 april 2022	geen nieuwe gegevens / nvt				nvt	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens
3	2 ^e Voorlopige vaststelling 2019 Voor 1 oktober 2022	geen nieuwe gegevens / nvt					30 juni 2019 (1 juli 2022)	Inkomens: 2018 en 2019 (1 juni 2022)	nvt	2019 (def) in JS 2021 (1 mei 2022)
4	1 ^e Voorlopige vaststelling 2021 Voor 1 oktober 2022	2021 (1 juni 2022)	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	Geen nieuwe gegevens	2020 (1 juni 2022)	30 juni 2021 (1 juli 2022)	Adressen: 2020 en 2021 Inkomens: 2020 en eerder (1 juni 2022)	2019 (def) 2020 (vrl) (1 mei 2022)	2021 (vrl) in JS 2021 (1 mei 2022)
5	Ex-ante vaststelling en verzekerdenraming 2023 Voor 15 oktober 2022	2021 (1 juni 2022)	1 mei 2022 (1 juni 2022)	2021 (1 juni 2022)	2020 (1 juni 2022)	2020 (1 juni 2022)	30 juni 2021 (1 juli 2022)	Adressen: 2020 en 2021 Inkomens: 2020 en eerder (1 juni 2022)	2019 (def) 2020 (vrl) (1 mei 2022)	nvt

¹⁾ Voor de herziening van de ex ante wordt geen nieuw persoonskenmerkenbestand opgevraagd. Bij de Lenteherberekening houdt het Zorginstituut rekening met het aantal verzekerden per verzekeraar uit de Kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2022.

5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken

In paragraaf 5.2 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2021.

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 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 1e en 2e voorlopige en de definitieve vaststelling 2021 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 (VPPER) 2021 dat op 1 juni 2022 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, adrespseudoniem en buitenlandindicatie) van de verzekerden 2021 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich in eerste instantie op het bestand persoonskenmerken op de peildatum van 1 mei 2021 (PER) en vervolgens op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2021 (VPPER). Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN, zoals gegeven als onderdeel van de opgave Verzekerde periode en persoonskenmerken 2021.

Op te leveren gegevens

In de opgave moet u alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden betrekken die in (een gedeelte van) het jaar 2021 bij u verzekerd waren. Dit betreft ook de verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar en 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:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 Postcode woonadres in het jaar 2021, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters);
- 3 Huisnummer woonadres in het jaar 2021, indien Nederlands ingezetene;
- 4 Huisnummertoevoeging woonadres in het jaar 2021, indien Nederlands ingezetene;
- 5 Geboortjaar en -maand;
- 6 Geslacht;
- 7 Identificatie buitenland in het jaar 2021;
- 8 Begindatum verzekering;
- 9 Einddatum verzekering;
- 10 Fractie verzekerde periode in 2021;
- 11 Reden uitstroom Zvw in het jaar 2021.

In het eerste deelbestand kunnen uitsluitend verzekerden Zvw mét een geverifieerd BSN worden opgenomen.

Woonadres, indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetenen)

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

In verband met de vorming van de adressleutel op basis van de woonadresgegevens en de koppeling aan de gegevens van de Belastingdienst 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 6.

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

- 1 Uniek volgnummer;
- 2 Postcode woonadres (uitsluitend 4 cijfers) in het jaar 2021, indien Nederlands ingezetene;
- 3 Geboortjaar en -maand;
- 4 Geslacht;
- 5 Begindatum verzekering;
- 6 Einddatum verzekering;
- 7 Fractie verzekerde periode in 2021;
- 8 Reden uitstroom Zvw in het jaar 2021;
- 9 Motivatie waarom op het aanlevermoment 1 juni 2022 een (geverifieerd) BSN voor de verzekerde periode(n) in 2021 ontbreekt en er wel recht is op verzekering.

Voor dit tweede deelbestand vindt u aan het einde van deze paragraaf een Excel-format. Voor een nadere toelichting op de gegevens die hetzelfde zijn als in het eerste deelbestand, verwijzen wij naar de bestandsspecificatie in hoofdstuk 6. Opname van verzekerden in dit tweede deelbestand moet gemotiveerd worden.

Toelichting op de gegevensopgaven Postcode woonadres, Fractie verzekerde periode en Reden uitstroom. Dit geldt voor beide deelbestanden:

- Het meest recente adres in het betreffende schadejaar dient te worden aangeleverd.
- Bij de bepaling van de fractie moet rekening worden gehouden met schrikkeljaren, zodat fracties optellen tot 1.
- Er mogen meerdere uitstroomredenen worden geregistreerd. Per verzekerde periode kan de bijbehorende uitstroomreden worden meegegeven.

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 Wlz-verzekerde, en Wlz-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 Basisregistratie Personen, 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 Wlz-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 Basisregistratie Personen en daarmee tot het toekennen van een BSN)
- niet-ingezetenen die hier arbeid verrichten te wijzen op hun plicht om een sofinummer aan te vragen.

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

Verzekerden zonder BSN

Bij verzekerden zonder BSN zal er in vrijwel alle gevallen sprake zijn van '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: bij verblijf korter dan één jaar, waarbij het blijven wonen in Nederland aannemelijk is, zijn gezinsleden verzekeringsplichtig
- detachering in een land waarmee Nederland een verdrag heeft zonder ziektekostenregeling: gezinsleden zijn verzekeringsplichtig afhankelijk van de afspraken in het verdrag met het betreffende land. Verzekeringsplicht is alleen geregeld in de verdragen met de landen Australië, Canada, inclusief Quebec, Israël, Verenigde Staten, Zuid Korea en India
- bij detachering in Noorwegen zijn gezinsleden verzekeringsplichtig;
- Verzekeringsplichtige gezinsleden van in Nederland gedetacheerde werknemers. Echter, indien langdurig woonachtig in Nederland, ligt inschrijving in de Basisregistratie Personen en dus een BSN in de rede;
- Baby's die kort geleefd hebben;
- Beschermd getuige: een verzekeringsplichtige die wel een BSN heeft maar dat niet kenbaar mag maken; in de praktijk is er dan geen BSN.

Verzekerden zonder (geverifieerd) BSN

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

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

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Aanvullende informatie risicoverevening
 Verzekerde periode en persoonskenmerken

Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2021

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

Verzekerde	1= geen BSN 2= niet geverifieerd BSN	Postcode (4 cijfers)	Geboortejaar en -maand (EEJJMM)	Geslacht (1=man, 2=vrouw, 3=onbepaald)	Begindatum verzekering (EEJJMMDD)	Einddatum verzekering (EEJJMMDD)	Fractie verzekerde periode in 2021	Reden uitstroom Zvw	Motivatie
Verzekerde 1									
Verzekerde 2									
Verzekerde 3									
Verzekerde 4									
Verzekerde 5									
Verzekerde 6									
Verzekerde 7									
Verzekerde 8									
Verzekerde 9									
Verzekerde 10									
Verzekerde 11									
Verzekerde 12									
Verzekerde 13									
Verzekerde 14									
Verzekerde 15									
Verzekerde 16									
Verzekerde 17									
Verzekerde 18									
Verzekerde 19									
Verzekerde 20									
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 (VPPER) 2021

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2021' met *verzekerden met geverifieerd BSN*, met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie en

op(datum) het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2021' met *verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN*, met bestandsnaam heeft toegestuurd aan het Zorginstituut conform het gevraagde elektronische format.

In de twee deelbestanden tezamen zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die in 2021 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2021) met UZOVI-nummer(in 2021).

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 2021' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) zijn aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in de twee deelbestanden 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2021' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe de bestanden 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2021' tot stand gekomen zijn;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie Verzekerde periode en persoonskenmerken 2021:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken

In paragraaf 5.3 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag persoonskenmerken 2022.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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

Het Zorginstituut gebruikt het persoonskenmerkenbestand 2022 (PER) onder andere voor de verzekerdenraming 2023.

Voor de persoonskenmerken leeftijd, geslacht, de 4 cijfers van de postcode, adrespseudoniem en de identificatie buitenland van de verzekerden 2022 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich op het bestand persoonskenmerken (PER) op peildatum 1 mei 2022. Indien een Zvw-verzekerde in 2022 ontbreekt in het PER, dan worden voornoemde kenmerken gebaseerd op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2022 dat op 1 juni 2023 moet worden aangeleverd.

Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN, zoals gegeven als onderdeel van de opgave Verzekerde periode en persoonskenmerken 2022 dat op 1 juni 2023 moet worden aangeleverd.

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

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 2022.

- 1 Voor alle genoemde verzekerden geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:
- 2 Geverifieerd BSN;
- 3 Postcode woonadres op peildatum 1 mei 2022, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters);
- 4 Huisnummer woonadres op peildatum 1 mei 2022, indien Nederlands ingezetene;
- 5 Huisnummertoevoeging woonadres op peildatum 1 mei 2022, indien Nederlands ingezetene;
- 6 Geboortjaar en -maand;
- 7 Geslacht;
- 8 Identificatie buitenland op peildatum 1 mei 2022.

In hoofdstuk 6 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.

Woonadres, indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetenen)

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

In verband met de vorming van de adressleutel op basis van de woonadresgegevens en de koppeling aan de gegevens van de Belastingdienst 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

Bestuursverklaring bij het bestand persoonskenmerken (PER) 2022

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'persoonskenmerken 2022' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die op 1 mei 2022 verzekerd zijn bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2022) met UZOVI-nummer(in 2022) 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 2022' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'persoonskenmerken 2022' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'persoonskenmerken 2022' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Aanvullende informatie risicoverevening
Persoonskenmerken

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie persoonskenmerken 2022:

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 2021.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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 farmaciekostengroepen (FKG's) één van de verdeelcriteria. Om de normatieve bijdrage van een zorgverzekeraar te kunnen vaststellen, bepaalt het Zorginstituut voor elke zorgverzekeraar per FKG de verzekerdenjaren. Om te bepalen of een verzekerde tot een FKG wordt gerekend, worden de aangeleverde farmaciedeclaraties gekoppeld aan zogenoemde FKG DDD-uitvoeringsbestanden. Op basis van deze DDD-uitvoeringsbestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de farmaciedeclaraties en het aantal verzekerden per FKG bij benadering berekenen. De FKG DDD-uitvoeringsbestanden worden per vereveningsjaar aangemaakt op basis van het ATC-referentiebestand en de G-Standaard van Z-Index. Eind september 2022 stelt het Zorginstituut de volgende bestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: (1) het ATC-referentiebestand vereveningsjaar 2023 en het bijbehorende ex ante DDD-uitvoeringsbestand en (2) het ATC-referentiebestand vereveningsjaar 2021 en het bijbehorende ex post DDD-uitvoeringsbestand. Voor elk vereveningsjaar worden voor het FKG-model 'somatische zorg' en 'geneeskundige GGZ' aparte ATC-referentiebestanden en DDD-uitvoeringsbestanden beschikbaar gesteld.

De FKG DDD-uitvoeringsbestanden komen tot stand met behulp van de door Z-Index maandelijks uitgebrachte G-Standaard. Het auteursrecht voor het gebruik van de G-Standaard berust bij Z-Index. De DDD-uitvoeringsbestanden mogen daarom alleen worden gebruikt als de zorgverzekeraar beschikt over een licentieovereenkomst met Z-Index voor het gebruik van de G-Standaard. In het algemeen zal dat het geval zijn in verband met de geautomatiseerde afhandeling van declaraties van apotheehoudenden. Het is **niet** toegestaan de FKG DDD-uitvoeringsbestanden 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 op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van geneesmiddelen, die zijn afgeleverd in 2021 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 2021 geneesmiddelen zijn afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen en geaccepteerd) geeft u, per receptregel, de volgende gegevens op:

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

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

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

In hoofdstuk 6 van dit handboek is een bestandsspecificatie van beide bestanden opgenomen. Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

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

Aanvullende informatie risicoverevening
Farmacie kostengroepen

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Bestuursverklaring bij het bestand farmaciegegevens 2021

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'farmaciegegevens 2021' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van geneesmiddelen met een totaal schadebedrag^I van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2021 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2021) met UZOVI-nummer(in 2021).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

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

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

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'farmaciegegevens 2021' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'farmaciegegevens 2021' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

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

Aanvullende informatie risicoverevening
Farmacie kostengroepen

Naam:

Datum: Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie farmaciegegevens 2021:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's)

In paragraaf 5.5 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag diagnose kostengroepen 2020.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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 (primaire en secundaire of meervoudige) diagnosekostengroepen (DKG's) één van de verdeelcriteria. De DBC-declaraties voor medische specialistische zorg vormen de basis voor de vaststelling van deze DKG's. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenjaren per DKG-klasse op basis van een opgave van de zorgverzekeraars van de declaraties van DBC's.

Met behulp van deze informatie en de vertaaltabel van DBC's via Dx-groepen naar DKG's bepaalt het Zorginstituut de indeling van verzekerden naar DKG-klassen. Het Zorginstituut stelt eind september 2022 de volgende referentiebestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: (1) het DKG-referentiebestand vereveningsjaar 2023 en het bijbehorende ex ante DKG-uitvoeringsbestand, en (2) het ex post DKG-uitvoeringsbestand voor het vereveningsjaar 2021.

Op basis van de DKG-uitvoeringsbestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de DBC-declaraties en het aantal verzekerden per DKG bij benadering berekenen.

Op te leveren gegevens

De uitvraag van DBC's heeft betrekking op alle declaraties van DBC's die in 2020 zijn geopend en die vallen onder de aanspraken medisch specialistische zorg (exclusief GGZ, inclusief GRZ) conform de Zvw 2020. De declaraties van overige zorgproducten neemt u in de opgave niet mee. Uitsluitend het moment van opening van het subtraject is bepalend voor de opgave. U betreft alle op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde 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.

Voor alle verzekerden Zvw (voor wie in 2020 een DBC is geopend en een declaratie is ontvangen en geaccepteerd) geeft u, per DBC, de volgende gegevens op:

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

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

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

In hoofdstuk 6 is een bestandsspecificatie opgenomen.

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

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

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- In het bestand 2020 is een COVID-marker toegevoegd.
- In de record lay-out wordt bij de diagnosecode toegevoegd: altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer een 0 is.

Bestuursverklaring bij het bestand DBC-gegevens somatisch 2020

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2020' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van DBC-subtrajecten, geopend in 2020, met een totaal schadebedrag¹ van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2020 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2020) met UZOVI-nummer(in 2020).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

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

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2020' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd. De COVID-marker in het bestand valt niet onder het assurancerapport.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2020' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

Voor bepaling van de COVID-marker in het bestand is gebruik gemaakt van bijlage 1 Reguliere directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten d.d. 14 december 2021 behorend bij artikel 2, 1^e lid, onder a van de Zorginstituut beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021.

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

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2020' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie DBC-gegevens somatisch 2020:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

5.6 Gegevensvraag GGZ

Paragraaf 5.6 geeft informatie over de gegevensvraag GGZ 2020.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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.

Het gebruik van de gegevens

Binnen het risicovereveningsmodel vormen de diagnosekostengroepen GGZ (DKG-GGZ) één van de verdeelcriteria. De GGZ-declaraties vormen de basis voor de vaststelling van deze DKG-GGZ.

Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenjaren per DKG-klasse op basis van een opgave van de zorgverzekeraars van de declaraties van DBC's, ZZP's en generalistische basis GGZ.

Eind september 2022 stelt het Zorginstituut de volgende bestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: (1) het DKG-GGZ-referentiebestand vereveningsjaar 2023, en het bijbehorende ex ante DKG-GGZ-uitvoeringsbestand, en (2) het ex post DKG-GGZ-uitvoeringsbestand voor het vereveningsjaar 2021. Op basis van de DKG-uitvoeringsbestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de declaraties en het aantal verzekerden per DKG bij benadering berekenen.

Op te leveren gegevens

De uitvraag GGZ 2020 heeft betrekking op:

- alle declaraties van DBC's GGZ die in 2020 zijn geopend,
- gedeclareerde deelprestaties van 24-uursverblijf,
- ZZP declaraties en
- declaraties generalistische basis GGZ.

Declaraties van overige prestaties GGZ zoals door de NZa gedefinieerd in de 'beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' neemt u niet op. ZZP declaraties betreffen uitsluitend de declaraties van ZZP's 1 t/m 7 GGZ-B (inclusief dan wel exclusief dagbesteding), GGZ-B verblijf met rechtvaardigingsgrond en de ZZP GGZ Klinisch intensieve behandeling. De declaraties van ZZP toeslagen (niet strafrechtelijke forensische psychiatrie, vervoer dagbesteding en toeslag Woonzorg jongvolwassenen GGZ) neemt u **niet** op in het bestand.

Het bestand GGZ betreft uitsluitend declaraties die vallen onder de aanspraken geestelijke gezondheidszorg conform de Zvw 2020.

U betreft alle ontvangen en geaccepteerde 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.

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie in 2020 een declaratie is ontvangen en geaccepteerd en die valt onder de definitie van dit bestand, neemt u per declaratie de volgende gegevens op – voor zover van toepassing (zie hierna):

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 Prestatiecode DBC;
- 3 Declaratiecode;
- 4 Maand van opening van de DBC;
- 5 Begindatum prestatie;
- 6 Einddatum prestatie;
- 7 Indicatie debet credit;
- 8 Schadebedrag in centen;

DBC's behandeling

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

Deelprestaties 24-uurs verblijf

In de DBC-prestatiecode is geen aanduiding voor verblijf opgenomen. Daarom neemt u afzonderlijke detailrecords op als er bij de DBC behandeling ook (een of meer) deelprestaties voor 24-uurs verblijf zijn gedeclareerd; één detailrecord per deelprestatie. De deelprestaties

24-uursverblijf zijn de deelprestaties verblijf GGZ A t/m H én verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR) in de tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (TB/REG-20629-02) voor het jaar 2020 van de NZa. De deelprestaties verblijf GGZ met beveiligingsniveau 2 en 3 die per 2019 toegevoegd zijn levert u **niet** aan.¹ U neemt in deze detailrecords bij de velden 'begindatum prestatie', 'einddatum prestatie' de begin- respectievelijk de einddatum op van de betreffende deelprestatie 24-uurs verblijf. De overige velden in deze detailrecords hebben dezelfde inhoud als de velden van het detailrecord voor de DBC-behandeling waar de deelprestatie(s) bij hoort (horen).

ZZP's

U neemt afzonderlijke detailrecords op voor de declaraties van ZZP's. Het betreft de ZZP-declaraties, zowel inclusief als exclusief dagbehandeling, conform de tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (TB/REG-20629-02) voor het jaar 2020 van de NZa. Dit zijn de volgende ZZP's: 3 GGZ-B, 4 GGZ-B, 5 GGZ-B, 6 GGZ-B, 7 GGZ-B, GGZ-B VMR en kib (klinische intensieve behandeling).

In de afzonderlijke detailrecords hebben de velden 'declaratiecode', 'begindatum prestatie', 'einddatum prestatie', 'indicatie debet credit' en 'schadebedrag in centen' betrekking op de ZZP's. De velden 'prestatiecode DBC' en 'maand van opening DBC' laat u in deze detailrecords leeg (d.w.z. volgens de technische specificaties van de record lay-out wordt het alfanumerieke veld 'prestatiecode DBC' gevuld met spaties en het numerieke veld 'maand van opening DBC' gevuld met nullen).

Generalistische Basis GGZ

U neemt afzonderlijke detailrecords op voor de declaraties Generalistische Basis GGZ (GBG). Het betreft declaraties met de GBG-codes 180001 tot en met 180005, conform de tariefbeschikking generalistische basis GGZ (TB/REG-20631-02) voor het jaar 2020 van de NZa.

In de afzonderlijke detailrecords hebben alleen de velden 'declaratiecode', 'maand van opening DBC', 'indicatie debet credit' en 'schadebedrag in centen' betrekking op de GBG. De velden 'prestatiecode DBC', 'begindatum prestatie' en 'einddatum prestatie' laat u in deze detailrecords leeg (d.w.z. volgens de technische specificaties van de record lay-out wordt het alfanumerieke veld 'prestatiecode DBC' gevuld met spaties en de numerieke velden 'begindatum prestatie' en 'einddatum prestatie' gevuld met nullen).

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

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

In hoofdstuk 6 van dit handboek is een bestandsspecificatie met een toelichting op dit bestand opgenomen.

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

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

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

¹ Declaratiecode 25B069 t/m 25B082

Bestuursverklaring bij het bestand gegevens GGZ 2020

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'gegevens GGZ 2020' met bestandsnaam
..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde
recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties GGZ, volgens de definitie van dit bestand, met een totaal schadebedrag¹ van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2020 verzekerd waren bij
..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2020) met UZOVI-nummer
.....(in 2020).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

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

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'gegevens GGZ 2020' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'gegevens GGZ 2020' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'gegevens GGZ 2020' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

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 fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie gegevens GGZ 2020:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde

Paragraaf 5.7 geeft informatie over de gegevensvraag Kosten per verzekerde 2019 en 2020.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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.

Gegevens Kosten per verzekerde

Het gebruik van de gegevens

Voor diverse vereveningscriteria vraagt het Zorginstituut bestanden op met kosten per verzekerde.

In 2021 heeft het Zorginstituut ten behoeve van de ex ante raming 2022 een voorlopig bestand over 2019 opgevraagd met zoveel mogelijk declaraties over 2019. In 2022 vraagt het Zorginstituut het definitieve bestand over 2019 op en tevens het voorlopige bestand over 2020. Dit laatste bestand levert u aan met alleen een bestuursverklaring.

Op te leveren gegevens 2019

De uitvraag van kosten per verzekerde heeft betrekking op de kosten per verzekerde toegedeeld naar de verschillende deelbijdragen. Voor de kostendefinities per deelbijdrage 2019 zie het nacalculatieschema 2019 op onze website (Financiering\Informatie voor zorginstanties, zorgverzekeraars en zorgkantoren\Risicoverevening Zvw\Zvw 2019).⁶

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2019 een of meer declaraties zijn ontvangen en geaccepteerd, geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 Schade bedrag 'Variabele kosten';
- 3 Schadebedrag 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ);
- 4 Schadebedrag 'Verpleging en verzorging';
- 5 Schadebedrag 'langdurige GGZ';
- 6 Schadebedrag 'Farmaciekosten'.

In de opgave over 2019 betreft u uitsluitend de tot en met 31 december 2021 op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor de in 2019 verleende hulp en de in 2019 geopende DBC's. Kosten die niet op verzekerdeniveau bekend zijn dienen via een logische verdeelsleutel toegerekend te worden aan individuele verzekerden en de deelbijdragen. Dit zijn kosten die in de vorm van bulkbetalingen (bijv. opbrengstverrekeningen of plafondafspraken) of bulkontvangsten (bijv. ontvangsten uit prijsarrangementen) plaatsvinden. Deze kosten moeten middels een logische verdeelsleutel verwerkt worden in het definitieve bestand kosten per verzekerde 2019. Hierbij is van belang dat de kosten zoveel mogelijk worden toegerekend aan de verzekerden waarvoor de kosten (of ontvangsten) gemaakt worden, waarbij de groep verzekerden zo klein mogelijk wordt gehouden. De verdeelsleutels dienen volgens het "accountantsprotocol verantwoording Zvw" consistent toegepast te worden en de correctie op verzekerdeniveau moet aansluiten op de verantwoording in de Jaarstaat.⁷ De onderbouwing van de verdeelsleutel dient adequaat vastgelegd te worden.

Voor de verrekening van prijsarrangementen van extramurale en intramurale geneesmiddelen hebben zorgverzekeraars gezamenlijke afspraken gemaakt, zodat alle zorgverzekeraars dit op vergelijkbare wijze in de kosten per verzekerde gegevens verwerken. Zorgverzekeraars ontvangen een totaal retourbedrag voor afzonderlijk de groep van extramurale en intramurale geneesmiddelen waarvoor prijsarrangementen gemaakt zijn. Prijsarrangementen worden in het kosten per verzekerde bestand dan toebedeeld aan de individuele verzekerden die deze geneesmiddelen gebruikt hebben door een correctiefactor te berekenen en toe te passen op de kosten de betreffende geneesmiddelen. Dit correctiebedrag wordt als volgt berekend: totale retourbedrag/totale zorgkosten van de betreffende geneesmiddelen. Ook bij het nieuwe schadebedrag 'Farmaciekosten' dat betrekking heeft op de kosten voor extramurale farmacie en is toegevoegd ten behoeve van het kenmerk 'meerjarige farmaciekosten' voor model 2022, moeten prijsarrangementen verrekend worden.

⁶ [Nacalculatieschema 2019 Zvw | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

⁷ [Accountantsprotocol verantwoordingen Zvw met oplevering in 2018 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

In hoofdstuk 6 is een bestandsspecificatie met een toelichting van dit bestand opgenomen. Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Schadedefinities

Hieronder 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 2019, dat u kunt vinden op de website van het Zorginstituut.

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

- 1 Kosten van huisartsenzorg en MDZ (rubriek 01);
- 2 Kosten van farmaceutische zorg (rubriek 02);
- 3 Kosten van mondzorg (rubriek 04);
- 4 Kosten van verloskundige zorg (rubriek 05);
- 5 Kosten van medisch specialistische zorg (rubriek 06), waarbij 75% van kosten SKION en NTS (deel code 610); De dure intramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen.
- 6 Kosten van paramedische zorg (rubriek 07) (inclusief kosten fysiotherapie);
- 7 Kosten van hulpmiddelen (rubriek 08);
- 8 Kosten van ziekenvervoer (rubriek 09);
- 9 Kosten van Geriatrische Revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen' (rubriek 11);
- 10 Kosten van kraamzorg (rubriek 12);
- 11 Kosten van 'diverse overige kosten' (rubriek 13);
- 12 100% van 'kosten variabel, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel code 720);
- 13 100% van kosten buitenland via het CAK (rubriek 15, code 721).

Voor het schadebedrag GGZ geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van GGZ (rubriek 10), exclusief kosten langdurige GGZ;
- 2 100% van 'kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel code 720).

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

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

Voor het schadebedrag 'langdurige GGZ' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van langdurige GGZ (rubriek 10, code 661.1)

Voor het schadebedrag 'Farmaciekosten' geldt de volgende definitie:

- 1 De kosten van 'Farmaceutische zorg' (rubriek 02, code 520). Het gaat hierbij om alleen extramurale farmacie, inclusief BTW en afleververgoedingen. Binnen dit schadebedrag dienen prijsarrangementen verwerkt te zijn middels de eerder toegelichte methode. Dit geldt ook voor lumpsum- en plafonddafspraken.

Omgang kosten omtrent COVID-19

De continuïteitsbijdrage (CB) GGZ over het jaar 2019 wordt uitgesloten van opname in het KPV. Het is niet mogelijk gebleken om een logische verdeelsleutel toe te passen om de CB te verdelen naar de individuele verzekerden waarvoor de kosten gemaakt zijn.

Kosten buitenland via CAK

Als kosten buitenland via CAK neemt u mee de door u goedgekeurde declaraties van kosten met transactiejaar 2019.

Wat betreft de valutakoersen heeft u de keuze uit de koers op het moment dat u de nota in uw systeem vastlegt of de koers op het moment dat het CAK tot uitbetaling van de nota overgaat. Het Zorginstituut geeft u deze keuze ter voorkoming van onnodige administratieve lasten.

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

Wijzigingen opgave 2019 ten opzichte van vorig jaar

- Aangezien u in 2021 ook al een bestand Kosten per verzekerde over 2019 heeft aangeleverd, moet u bij de aanlevering in 2022 van het bestand Kosten per verzekerde over 2019 in de bestandsnaam een hoger volgnummer hanteren.
- In de definitieve opgave 2019 moet u de verschillen verwerken tussen de gedeclareerde prestaties en de correcties van bulkbetalingen of bulkontvangsten via een logische verdeelsleutel. Dit geldt niet voor de CB GGZ.
- Het schadebedrag 'langdurige GGZ' is weer toegevoegd. Dit ten behoeve van een goede uitvoering risicoverevening, specifiek het vergelijken van de declaraties langdurige GGZ met de kosten langdurige GGZ per verzekerde en ten behoeve van de voorbereiding op toekomstig groot onderhoud en de invoering van het Zorgprestatie-model.
- Het schadebedrag 'Farmaciekosten' is toegevoegd.

Op te leveren gegevens 2020

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2020 een of meer declaraties zijn ontvangen en geaccepteerd, geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 Schade bedrag 'Variabele kosten' (exclusief COVID-zorg);
- 3 Schadebedrag 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ en COVID-zorg);
- 4 Schadebedrag 'Verpleging en verzorging' (exclusief COVID-zorg);
- 5 Schadebedrag 'Langdurige GGZ' (exclusief COVID-zorg);
- 6 Schadebedrag 'Farmaciekosten (inclusief COVID-zorg)'.⁸
- 7 Schadebedrag 'Variabele kosten Directe COVID-zorg';
- 8 Schadebedrag 'GGZ Directe COVID-zorg';
- 9 Schadebedrag 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg';
- 10 Schadebedrag 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg';
- 11 Schadebedrag 'Toeslagen COVID'.

U neemt in dit voorlopige bestand nog geen verrekeningen op vanwege afspraken over lumpsum, plafond, et cetera. In dit bestand neemt u zo veel mogelijk ontvangen declaraties mee gegeven de aanleverdatum van 1 mei 2022.

In hoofdstuk 6 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.

Schadedefinities

Hieronder worden de rubriek- en codenummers genoemd die voor de betreffende kosten gelden in de kwartaal- en jaarstaten Zvw 2020. Dit overzicht sluit aan op het nacalculatieschema Zvw 2020, dat u kunt vinden op de website van het Zorginstituut.

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

- 1 Kosten van huisartsenzorg en MDZ (rubriek 01);
- 2 Kosten van farmaceutische zorg (rubriek 02);
- 3 Kosten van mondzorg (rubriek 04);
- 4 Kosten van verloskundige zorg (rubriek 05);
- 5 Kosten van medisch specialistische zorg (rubriek 06), waarbij 75% van kosten SKION en NTS (deel code 610); De dure intramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen.
- 6 Kosten van paramedische zorg (rubriek 07) (inclusief kosten fysiotherapie);
- 7 Kosten van hulpmiddelen (rubriek 08);
- 8 Kosten van ziekenvervoer (rubriek 09);
- 9 Kosten van Geriatrische Revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen' (rubriek 11);
- 10 Kosten van kraamzorg (rubriek 12);
- 11 Kosten van 'diverse overige kosten' (rubriek 13):
- 12 100% van 'kosten variabel, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel code 720);
- 13 100% van kosten buitenland via het CAK (rubriek 15, code 721).

Voor het schadebedrag GGZ geldt de volgende definitie:

⁸ Oktober 2022 vindt er een herijking plaats van de declaratiecodes die vallen onder bijlage 1 van de beleidsregels catastroferegeling. Indien er declaratiecodes bijkomen die betrekking hebben op de extramurale farmacie dienen deze COVID-gerelateerde farmaciekosten mee te lopen in het schadebedrag 'Farmaciekosten (inclusief COVID-zorg)'. Voor het schadebedrag "Variabele kosten" wordt in dat geval onderscheid gemaakt tussen COVID-gerelateerde en niet COVID-gerelateerde farmaciekosten, waarbij het schadebedrag 'Variabele kosten (exclusief COVID-zorg)' de farmaciekosten exclusief COVID en het schadebedrag 'Variabele kosten Directe COVID-zorg' de COVID-gerelateerde farmaciekosten bevat.

- 1 Kosten van GGZ (rubriek 10), exclusief kosten langdurige GGZ;
- 2 100% van 'kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel code 720).

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

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

Voor het schadebedrag 'langdurige GGZ' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van langdurige GGZ (rubriek 10, code 661.1)

Voor het schadebedrag 'Farmaciekosten' geldt de volgende definitie:

- 1 De kosten van 'Farmaceutische zorg' (rubriek 02, code 520). Het gaat hierbij om alleen extramurale farmacie, inclusief BTW en afleververgoedingen. Prijsarrangementen en lumpsum- en plafonddafspraken zijn hier nog niet in verwerkt.

Omgang kosten omtrent COVID-19

De hierboven genoemde kosten betreffen de reguliere kosten, exclusief kosten gerelateerd aan COVID-zorg.⁹ Voor elk schadebedrag, met uitzondering van het schadebedrag 'Farmaciekosten', wordt een aparte COVID-kolom toegevoegd aan het KPV bestand. Hieronder volgt een toelichting.

Directe patiëntgebonden COVID-kosten

Dit zijn directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten. Deze kosten zijn bepaald met de declaratiecodes en de rekenregels die zijn opgenomen in bijlage 1 in de beleidsregels van de catastroferegeling.¹⁰

Opname van directe patiëntgebonden COVID-kosten in het voorlopige KPV 2020 is als volgt: voor elk deelbedrag wordt een extra COVID kolom toegevoegd. Voor het deelbedrag variabele kosten wordt naast de standaard kolom "Variabele kosten" – welke de variabele kosten zonder COVID kosten representeert - een extra kolom "Variabele kosten Directe COVID-zorg" toegevoegd. Dit geldt voor alle deelbedragen. Indien COVID voor een specifiek deelbedrag niet van toepassing is wordt dit gevuld met 0 (zie optisch voorbeeld in tabel 1).

Toeslagen

Dit zijn toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de COVID-pandemie. Deze kosten zijn berekend met de declaratiecodes voor toeslagen die zijn opgenomen in bijlage 2 in de beleidsregels van de catastroferegeling.¹¹

Opname van toeslagen in het voorlopige KPV vanaf 2020 is als volgt: er wordt één extra kolom toegevoegd met "Toeslagen COVID" (zie optisch voorbeeld in tabel 1). Deze kosten komen ten lasten van het deelbedrag "variabele kosten".

⁹Dit geldt niet voor het schadebedrag 'Farmaciekosten', dit schadebedrag is inclusief kosten voor COVID-zorg.

¹⁰ [Beleidsregels catastroferegeling 2020 en 2021 COVID-19 \(corona\) | Besluit | Zorginstituut Nederland](#). Op dit moment vallen alle rubrieken waarbij er patiëntgebonden COVID-kosten gemaakt worden onder variabele kosten (01, 06-08, 11). Oktober 2022 vindt er een herijking plaats van de declaratiecodes die vallen onder bijlage 1 van de beleidsregels catastroferegeling, waardoor er mogelijk declaratiecodes bijkomen die niet onder de variabele kosten vallen.

¹¹ [Beleidsregels catastroferegeling 2020 en 2021 COVID-19 \(corona\) | Besluit | Zorginstituut Nederland](#)

Tabel 1. Optisch voorbeeld omgang directe patiëntgebonden COVID kosten en toeslagen in KPV

verzekerde	schade variabel	schade GGZ	schade V&V	schade LGGZ	farmacie-kosten	directe COVID-zorg variabel	directe COVID-zorg GGZ	directe COVID-zorg V&V	directe COVID-zorg LGGZ	toeslagen COVID
1	€2.000	€0	€100	€0	€800	€0	€0	€0	€0	€12
2	€10.000	€1.000	€5.000	€0	€2.000	€1.000	€0	€500	€0	€12
3	€500	€0	€0	€0	€100	€0	€0	€0	€0	€25

Schadedefinities COVID-kosten

Voor de schadebedragen die betrekking hebben op 'Directe COVID-zorg' geldt de volgende definitie:

- Voor de schadedefinities en rekenregels van Directe COVID-kosten zowel voor variabele kosten, GGZ, verpleging en verzorging en langdurige GGZ wordt verwezen naar bijlage 1 van de beleidsregels van de catastroferegeling.¹²

Voor het schadebedrag 'Toeslagen COVID' geldt de volgende definitie:

- Toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de COVID-pandemie. Dit betreft de volgende declaratiecodes, rubriek 01: code 801 en rubriek 04, code 804. Voor rekenregels, zie bijlage 2 van de beleidsregels van de catastroferegeling.¹³

Indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen

Indirecte meerkosten COVID zijn kosten die een zorgaanbieder maakt en die niet toe te rekenen zijn aan individuele patiënten. De indirecte meerkosten COVID vallen onder de beleidsregels van de catastroferegeling.³ Het gaat om kosten zoals het werken met extra beschermingsmateriaal en het inzetten van extra personeel waarvan de kosten niet in het integrale tarief van de prestatie zijn opgenomen. Continuïteitsbijdragen betreffen bulkbetalingen die voortkomen uit onderlinge afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor niet-geleverde zorg. De continuïteitsbijdragen vallen onder de reguliere risicoverevening.

Indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen betreffen bulkbetalingen die – in de reguliere omgang met bulkbetalingen – via een logische verdeelsleutel in het definitieve KPV 2020 zouden landen. Het is echter niet goed mogelijk om een logische verdeelsleutel toe te passen om de meerkostenregelingen toe te bedelen aan individuele verzekerden waarvoor de kosten gemaakt zijn. Indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen worden om die reden uitgesloten van het kosten per verzekerde bestand 2020.

Kosten buitenland via CAK

Als kosten buitenland via CAK neemt u mee de door u goedgekeurde declaraties van kosten met transactiejaar 2020.

Wat betreft de valutakoersen heeft u de keuze uit de koers op het moment dat u de nota in uw systeem vastlegt of de koers op het moment dat het CAK tot uitbetaling van de nota overgaat. Het Zorginstituut geeft u deze keuze ter voorkoming van onnodige administratieve lasten. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen COVID en niet-COVID-zorg. Alle kosten buitenland via CAK wordt toegerekend aan reguliere kosten.

¹² Op moment van versturen van dit handboek waren de schadedefinities en rekenregels van COVID-kosten nog niet definitief. Oktober 2022 vindt er een herijking plaats van de declaratiecodes die vallen onder bijlage 1 van de beleidsregels catastroferegeling waardoor er mogelijk declaratiecodes bijkomen.

¹³ [Beleidsregels catastroferegeling 2020 en 2021 COVID-19 \(corona\) | Besluit | Zorginstituut Nederland](#)

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

Wijzigingen opgave 2020 ten opzichte van opgave 2019

- Er wordt een extra 'COVID-kolom' toegevoegd voor alle schadebedragen, met uitzondering van het schadebedrag 'Farmaciekosten'. Deze wordt gevuld met direct patiëntgebonden COVID-kosten die gemaakt zijn binnen dat deelbedrag. Deze kosten zijn berekend met de declaratiecodes en rekenregels die zijn opgenomen in bijlage 1 in de beleidsregels van de catastroferegeling. Indien er géén patiëntgebonden COVID-kosten zijn binnen dat deelbedrag wordt de kolom gevuld met 0.
- Er wordt een extra kolom 'Toeslagen COVID' toegevoegd aan het KPV bestand. Deze kosten zijn berekend met de declaratiecodes voor toeslagen die zijn opgenomen in bijlage 2 in de beleidsregels van de catastroferegeling.

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 2019

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'kosten per verzekerde 2019' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor 'variabele zorgkosten', 'GGZ', 'verpleging en verzorging', 'langdurige GGZ' en 'farmacie' volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2019 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2019) met UZOVI-nummer(in 2019).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) schadebedragen 'variabele zorgkosten';
..... (som) schadebedragen 'GGZ';
..... (som) schadebedragen 'verpleging en verzorging';
..... (som) schadebedragen 'langdurige GGZ';
.....(som) schadebedragen 'farmacie'.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 2019' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 2019' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Kosten per verzekerde 2019' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Aanvullende informatie risicoverevening
Kosten per verzekerde

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2019:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 2020

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'kosten per verzekerde 2020' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor 'variabele zorgkosten', 'GGZ', 'verpleging en verzorging', 'farmacie', 'variabele kosten directe COVID-zorg', 'GGZ directe COVID-zorg', 'verpleging en verzorging directe COVID-zorg', 'langdurige GGZ directe COVID-zorg' en 'toeslagen COVID' volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringsswetplichtige verzekerden die in 2020 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2020) met UZOVI-nummer(in 2020).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

- (aantal) detailrecords;
- (aantal) unieke BSN's;
- (som) schadebedragen 'variabele zorgkosten';
- (som) schadebedragen 'GGZ';
- (som) schadebedragen 'verpleging en verzorging';
- (som) schadebedragen 'langdurige GGZ';
- (som) schadebedragen 'farmacie';
- (som) schadebedragen 'variabele kosten directe COVID-zorg';
- (som) schadebedragen 'GGZ directe COVID-zorg';
- (som) schadebedragen 'verpleging en verzorging directe COVID-zorg';
- (som) schadebedragen 'langdurige GGZ directe COVID-zorg';
- (som) schadebedragen 'toeslagen COVID'.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 2020' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring aan het Zorginstituut is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 2020' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Voor bepaling van de directe COVID-kosten in het bestand is gebruik gemaakt van bijlage 1 Reguliere directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten d.d. 14 december 2021 behorend bij artikel 2, 1^e lid, onder a van de Zorginstituut beleidsregels catastrofepijdrage coronapandemie 2020 en 2021. Voor bepaling van de COVID-toeslagen in het bestand is gebruik gemaakt van bijlage 2 toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de coronapandemie d.d. 17 december 2020 behorend bij artikel 2, 1^e lid, onder b van de Zorginstituut beleidsregels catastrofepijdrage coronapandemie 2020 en 2021.

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Kosten per verzekerde 2020' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2020:

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 2021.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 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 classificeert verzekerden in hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) op basis van de door zorgverzekeraars aangeleverde bestanden met hulpmiddelendeclaraties en bijbehorende GPH-codes. Eind september 2022 stelt het Zorginstituut de volgende referentiebestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: (1) het HKG-referentiebestand vereveningsjaar 2023, en het bijbehorende ex ante HKG-uitvoeringsbestand, en (2) het ex post HKG-uitvoeringsbestand voor het vereveningsjaar 2021. Op basis van de HKG-uitvoeringsbestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de declaraties en het aantal verzekerden per HKG bij benadering berekenen.

Op te leveren gegevens

In het bestand betreft u alle op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van hulpmiddelen, die zijn afgeleverd in 2021 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 2021 hulpmiddelen zijn afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen en geaccepteerd) geeft u, per hulpmiddel, de volgende gegevens op:

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

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

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

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

In hoofdstuk 6 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.

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

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Bestuursverklaring bij het bestand hulpmiddelengegevens 2021

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'hulpmiddelengegevens 2021' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van hulpmiddelen met een totaal schadebedrag¹ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2021 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2021) met UZOVI-nummer(in 2021).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

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

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

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Hulpmiddelengegevens 2021' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Hulpmiddelengegevens 2021' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

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

Aanvullende informatie risicoverevening
Hulpmiddelen kostengroepen

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie Hulpmiddelengegevens 2021:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

5.9 Gegevensvraag add-ons geneesmiddelen

In paragraaf 5.9 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag add-ons geneesmiddelen 2020.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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.

Het gebruik van de gegevens

Binnen het risicovereveningsmodel zijn de farmaciekostengroepen (FKG's) één van de verdeelcriteria. Om de normatieve bijdrage van een zorgverzekeraar te kunnen vaststellen, bepaalt het Zorginstituut voor elke zorgverzekeraar per FKG de verzekerdenjaren. Om te bepalen of een verzekerde tot een FKG wordt gerekend, worden de aangeleverde add-on declaraties gekoppeld aan zogenoemde FKG DDD-uitvoeringsbestanden. Op basis van deze DDD-uitvoeringsbestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de add-on declaraties en het aantal verzekerden per FKG bij benadering berekenen. De FKG DDD-uitvoeringsbestanden worden per vereveningsjaar aangemaakt op basis van het ATC-referentiebestand en de G-Standaard van Z-Index. Eind september 2022 stelt het Zorginstituut de volgende bestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: (1) het ATC-referentiebestand vereveningsjaar 2023 en het bijbehorende ex ante DDD-uitvoeringsbestand en (2) het ATC-referentiebestand vereveningsjaar 2021 en het bijbehorende ex post DDD-uitvoeringsbestand. Voor elk vereveningsjaar worden voor het FKG-model 'somatische zorg' en 'geneeskundige GGZ' aparte ATC-referentiebestanden en DDD-uitvoeringsbestanden beschikbaar gesteld. De FKG DDD-uitvoeringsbestanden komen tot stand met behulp van de door Z-Index maandelijks uitgebrachte G-Standaard. Het auteursrecht voor het gebruik van de G-Standaard berust bij Z-Index. De DDD-uitvoeringsbestanden mogen daarom alleen worden gebruikt als de zorgverzekeraar beschikt over een licentieovereenkomst met Z-Index voor het gebruik van de G-Standaard. In het algemeen zal dat het geval zijn in verband met de geautomatiseerde afhandeling van declaraties van apothekhoudenden. Het is **niet** toegestaan de FKG DDD-uitvoeringsbestanden door te leveren aan derden.

Op te leveren gegevens

In het bestand betreft u alle op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van 'Overige zorgproducten – add-on geneesmiddelen' die zijn afgeleverd in 2020 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 nog te ontvangen declaraties.

Voor alle verzekerden Zvw (aan wie in 2020 een 'Overig zorgproducten – add-on geneesmiddelen' is afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen en geaccepteerd) geeft u per add-on geneesmiddel de volgende gegevens op:

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

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

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

In hoofdstuk 6 van dit handboek is een bestandsspecificatie opgenomen.

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

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

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Bestuursverklaring bij het bestand add-on geneesmiddelen 2020

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'add-on geneesmiddelen 2020' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van add-on geneesmiddelen met een totaal schadebedrag¹ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2020 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2020) met UZOVI-nummer(in 2020).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

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

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Add-ons geneesmiddelen 2020' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Add-on geneesmiddelen 2020' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Add-on geneesmiddelen 2020' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

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

Aanvullende informatie risicoverevening
Add-ons geneesmiddelen

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie Add-on geneesmiddelen 2020:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

5.10 Gegevensvraag fysiotherapie en oefentherapie kostengroepen

In paragraaf 5.10 is een toelichting opgenomen op de gegevensuitvraag fysiotherapie en oefentherapie kostengroepen 2021.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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

De vereveningsbijdrage voor de fysiotherapiediagnosegroepen (FDG's) over 2022 wordt gebaseerd op gegevens over 2021. Het vereveningsmodel 2022 kent vier positieve FDG-klassen en een afslagklasse. De positieve FDG-klassen zijn gebaseerd op de clustering van diagnoses op de chronische lijst bij artikel 2.6.2. van het Besluit Zorgverzekering, en op artikel 2.6.6. van het Besluit Zorgverzekering. De gebruikte diagnosecodes komen uit het Diagnose Classificatiesysteem Paramedische Hulp (aanduiding: DCSPH-code). In september 2022 stelt het Zorginstituut de volgende bestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: (1) het FDG-referentiebestand vereveningsjaar 2023 en het bijbehorende ex ante FDG-uitvoeringsbestand en (2) het ex post FDG-uitvoeringsbestand vereveningsjaar 2021.

Op te leveren gegevens

In het bestand betreft u alle op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck en Cesar, die zijn afgeleverd in 2021 in het kader van de Zvw, voor zover u die gegevens de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen.

Het betreft in dit bestand uitsluitend de declaraties van prestaties fysiotherapie en oefentherapie Zvw, zoals u die verantwoordt bij Rubriek 07 code 620 en code 621, inclusief de declaraties die ten laste van het eigen risico komen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

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

Ook neemt u declaraties die worden vergoed op basis van de aanvullende verzekering **niet** op in het bestand.

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2021 een of meerdere declaraties fysiotherapie en/of oefentherapie Zvw zijn ontvangen en geaccepteerd, geeft u per declaratie, de volgende gegevens op:

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

Toelichting 'begindatum behandeling' en 'Einddatum behandeling':

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

- U geeft de start- en einddatum op van de periode waarop de gegevensaanlevering betrekking heeft.
- Bij een enkelvoudige behandeling is de begindatum gelijk aan de einddatum en dit is in beide gevallen de prestatiedatum.

Het is ook mogelijk om in plaats een enkelvoudige behandeling een behandeltraject in de opgave op te nemen.

- Een behandeltraject is een unieke combinatie van de DCSPH en een CSI code.
- Bij een behandeltraject is de begindatum de prestatiedatum van de eerste behandeling in het kalenderjaar en de einddatum de prestatiedatum van de laatste behandeling in hetzelfde kalenderjaar.

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

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

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

In hoofdstuk 6 van dit handboek is een bestandsspecificatie opgenomen.

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

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

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Bestuursverklaring bij het bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2021

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2021' met bestandsnaam..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van fysiotherapie en oefentherapie met een totaal schadebedrag¹⁶ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2021 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2021) met UZOVI-nummer(in 2021).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;

..... (aantal) unieke BSN's;

..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

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

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2021' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2021' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

¹⁶ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Aanvullende informatie risicoverevening
Fysiotherapie en oefentherapie

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2021:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

5.11 Gegevensvraag Wlz-gegevens

Paragraaf 5.11 geeft informatie over de gegevensvraag Wlz-gegevens 2021.

Gebruik van de gegevens

Voor de indeling in PPA-klassen wordt onder andere gebruik gemaakt van declaraties van Wlz-instellingen, aangeleverd door de Zorgkantoren/Wlz-uitvoerders.

Eind september 2022 stelt het Zorginstituut de volgende bestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: (1) het PPA-referentiebestand vereveningsjaar 2023, en het bijbehorende ex ante PPA-uitvoeringsbestand, en (2) het ex post PPA-uitvoeringsbestand voor het vereveningsjaar 2021. Op basis van de PPA-uitvoeringsbestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de Wlz-declaraties en het aantal verzekerden in een Wlz-instelling bij benadering berekenen.

Op te leveren gegevens

Voor alle Wlz-verzekerden voor wie over 2021 een of meerdere declaraties ten laste van de Wlz zijn ontvangen en geaccepteerd, geeft u per declaratie, de volgende gegevens op:

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

De NZa Beleidsregels die voor 2021 relevant zijn voor de opgave van de Zorgzwaartepakketten voor cliënten met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening (zpz-vv), psychische stoornis (zpz-ggz-b) of handicap (zpz-vg, zpz-lg, zpz-lvg, zpz-zg) die verblijven in een Wlz-instelling zijn gegeven in:

- Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2021 (BR/REG-21118d)
- Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2021 (BR/REG-21117b) en
- Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zpz-meerzorg Wlz (BR/REG-21115)

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

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

In hoofdstuk 6 is de lay-out en een verdere toelichting opgenomen van het op te leveren bestand aan het Zorginstituut.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Bestuursverklaring bij het bestand Wlz-gegevens 2021

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

Het bestuur van.....(naam Wlz-uitvoerder)
verklaart dat

..... (naam zorgkantoor)

op(datum) het bestand 'Wlz-gegevens 2021' met
bestandsnaam..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de
gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties met een totaal schadebedrag¹⁷ van €(in euro's) van alle Wlz-verzekerden die in 2021 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgkantoor in 2021) met UZOVI-nummer(in 2021).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

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

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

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol gegevensvraag Wlz-gegevens van de NZa)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Wlz- gegevens 2021' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

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

De Wlz-uitvoerder heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Wlz-gegevens 2021' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

¹⁷ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Aanvullende informatie risicoverevening
Gegevens WLZ

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie Wlz-gegevens 2021:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

6 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 2021
- Structuur gegevensvraag Persoonskenmerken 2022
- Structuur gegevensvraag Farmaciegegevens 2021
- Structuur gegevensvraag DBC's somatisch geopend in 2020
- Structuur gegevensvraag gegevens GGZ 2020
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2019
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2020
- Structuur gegevensvraag Hulpmiddelgegevens 2021
- Structuur gegevensvraag Add-on geneesmiddelen 2020
- Structuur gegevensvraag Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2021
- Structuur gegevensvraag Wlz 2021

Structuur gegevensvraag Verzekerde perioden en persoonskenmerken (VPPER) verzekerden 2021 met BSN

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 https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2021 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2021.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2021.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201202 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 woonadres in het jaar 2021, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters)
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	5	AN	Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 5 (huisnummertoevoeging woonadres)
	5	Huisnummertoevoeging woonadres *)	22	33	12	AN	Huisnummertoevoeging woonadres in het jaar 2021, indien Nederlands ingezetene;
	6	Geboortjaar en -maand	34	39	6	N	EEJJMM Geboortjaar en -maand van de verzekerde
	7	Geslacht	40	40	1	N	1 Man 2 Vrouw 3 geslacht onbepaald
	8	Identificatie buitenland	41	41	1	N	1 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene
	9	Begindatum verzekering	42	49	8	N	EEJJMMDD Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is aangevangen. Als de begindatum ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan is het toegestaan om 01 januari van het betreffende jaar als begindatum op te nemen.
	10	Einddatum verzekering	50	57	8	N	EEJJMMDD Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is beëindigd. De einddatum is de laatste dag van de verzekering. Uitsluitend de einddatum opnemen als die in de peilperiode valt. Als een inschrijving doorloopt over de jaargrens wordt geen einddatum opgenomen en de rubriek geheel met nullen gevuld.
	11	Fractie verzekerde	58	64	7	N	De fractie wordt als volgt berekend: ((einddatum -/ begin datum) +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
	12	Reden uitstroom Zw	65	66	2	N	1 ^{einddatum} niet uitgestroomd 2 overleden 3 uitstroom overig 99 wel AV, geen Zw (Nota bene: niet relevant voor ZIN, maar sluit aan bij de aanleverspecificatie BASIC versie 0106)
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9 = 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 in het betreffende schadejaar opnemen. Bij voorkeur adres Basisregistratie Personen, anders meest recente woonadres in Nederland. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

Vervolg Verzekerde periode en persoonskenmerken 2021

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

Structuur gegevensvraag Persoonskenmerken (PER) 2022

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2022 actief 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 2022.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval is de einddatum gelijk aan de begindatum.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201201	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Postcode woonadres *)	11	16	6	AN	NNNNAA	Postcode woonadres op peildatum 1 mei 2022, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters)
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	5	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 5 (huisnummertoevoeging woonadres)
	5	Huisnummertoevoeging woonadres *)	22	33	12	AN		
	6	Geboortejaar en -maand	34	39	6	N	EEJJMM	Geboortejaar en -maand van de verzekerde
	7	Geslacht	40	40	1	N	1 2 3	1 Man 2 Vrouw 3 geslacht onbepaald
	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 adres Basisregistratie Personen, anders meest recente woonadres in Nederland. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

Vervolg Persoonskenmerken 2022

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

Structuur gegevensvraag Farmaciegegevens 2021

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2021 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201203	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Geboortejaar en -maand	11	16	6	N	EEJJMM	Geboortejaar en -maand van de verzekerde
	4	Geslacht	17	17	1	N	1 2 3	1 Man 2 Vrouw 3 geslacht onbepaald
	5	Datum van aflevering	18	25	8	N	EEJJMMDD	Dit is de afleverdatum en/of de datum van de dienstverlening.
	6	Prestatiecode (ZI-artikelnummer)	26	37	12	N		Conform G-standaard
	7	Afleveringseenheid	38	39	2	AN		Conform G-standaard
	8	Hoeveelheid afgeleverd middel	40	48	9	N		De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken.
	9	Indicatie debet/credit	49	49	1	AN	D C	D Debet C Credit
	10	Schadebedrag in centen	50	57	8	N		Gedeclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 10) i.h.k.v. de basisverzekering Zw. Het bedrag is conform de EI-standaard in centen, zonder decimaal scheidingsteken, en is: * exclusief BTW, GVS-bijbetaling en afleververgoedingen * ongeacht kosten ten laste van het verplicht eigen risico * zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 12 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Farmaciegegevens 2021

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:
- N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties
3. Data presentatie:
- standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam
- ZINL_NZA_RVE_UZOVI_ADDON_EEJJ_MND_NR.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: Volnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft volnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volnummer.

Structuur gegevensvraag DBC's somatisch geopend in 2020

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2020 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2020.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2020.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201204	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	(Poort) Specialismecode	11	14	4	N		Code van het poortspecialisme. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	4	Zorgproductcode	15	23	9	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	5	Declaratiecode DBC	24	29	6	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	6	Diagnosecode	30	33	4	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	7	Maand van opening subtraject	34	35	2	N	MM	Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	8	AGB code instelling	36	43	8	N		Zoals vermeld op de declaratie.
	9	Indicatie debet/credit	44	44	1	AN	D C	Debet Credit
	10	Schadebedrag in centen	45	52	8	N		Gedeclareerde kosten voor DBC's somatisch in het kader van de basisverzekering Zw. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingstekens, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
	11	COVID-marker	53	53	1	N	0 1	Geen COVID Wel COVID
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg DBC's somatisch 2020

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

Structuur gegevensvraag GGZ 2020

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2020 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2020. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC: 2020.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2020. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC: 2020.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201205	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode DBC	11	22	12	AN		Inclusief eventueel gemaskeerde diagnoscode. Uitsluitend DBC's GGZ (behandeling) en deelprestaties 24-uurs verblijf én VMR.
	4	Declaratiecode	23	28	6	AN		Declaratiecode van DBC GGZ (behandeling), dan wel declaratiecode van deelprestatie 24-uurs verblijf én VMR, dan wel declaratiecode van ZZP én kib, dan wel declaratiecode Generalistische Basis GGZ. Als bij DBC ook een of meer deelprestaties 24-uurs verblijf zijn gedeclareerd, dan een of meer afzonderlijke detailrecords aanleveren met declaratiecode van betreffende deelprestatie.
	5	Maand van opening van DBC	29	30	2	N	MM	Uitsluitend DBC's GGZ (behandeling), deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, en Generalistische Basis GGZ.
	6	Begindatum prestatie	31	38	8	N	EEJJMMDD	Uitsluitend deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, ZZP's en kib
	7	Einddatum prestatie	39	46	8	N	EEJJMMDD	Uitsluitend deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, ZZP's en kib
	8	Indicatie debet/credit	47	47	1	AN	D C	Debet Credit
	9	Schadebedrag in centen	48	55	8	N		Gedeclareerde kosten voor DBC GGZ (behandeling), gedeclareerde kosten voor deelprestaties 24-uurs verblijf én VMR, gedeclareerde kosten voor ZZP GGZ-B én kib, gedeclareerde kosten voor Generalistische Basis GGZ, in het kader van de basisverzekering Zvw. Als bij de DBC een of meer deelprestaties 24-uurs verblijf zijn gedeclareerd, dan een of meer afzonderlijke detailrecords aanleveren met gedeclareerde kosten van betreffende deelprestatie. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg GGZ 2020

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:
- N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties
3. Data presentatie:
- standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam
- ZINL_NZA_RVE_UZOVI_ADDON_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: Volnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft volnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volnummer.

Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2019

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND KOSTEN PER VERZEKERDE 2019 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 https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2019 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 2019. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2019.
	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 2019. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2019.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201208 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	Schadebedrag 'variabele zorgkosten'	11	19	9	N	De 'variabele zorgkosten' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2019.
	4	Schadebedrag 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ)	20	28	9	N	De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2019.
	5	Schadebedrag 'verpleging en verzorging'	29	37	9	N	De kosten voor 'verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2019.
	6	Schadebedrag 'langdurige GGZ'	38	46	9	N	De kosten voor 'langdurige GGZ' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2019.
	7	Schadebedrag 'Farmaciekosten'	47	55	9	N	De kosten voor 'farmaciekosten' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2019.
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	Totaal schadebedrag 'variabel'	23	36	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag 'GGZ'	37	50	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag 'V&V'	51	64	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag 'langdurige GGZ'	65	78	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.
	9	Totaal schadebedrag 'Farmaciekosten'	79	92	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords.

Vervolg Kosten per verzekerde 2019

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

Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2020

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering Omschrijving/Toelichting	
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2020 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	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 2020. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2020.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2020. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2020.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201209 versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2 2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N	Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Schadebedrag 'variabele zorgkosten' (exclusief COVID-zorg)	11	19	9	N	De 'variabele zorgkosten' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2020.
	4	Schadebedrag 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ en COVID-zorg)	20	28	9	N	De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2020.
	5	Schadebedrag 'verpleging en verzorging' (exclusief COVID-zorg)	29	37	9	N	De kosten voor 'verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2020.
	6	Schadebedrag 'Langdurige GGZ' (exclusief COVID-zorg)	38	46	9	N	De kosten voor 'langdurige GGZ' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2020.
	7	Schadebedrag 'Farmaciekosten' (inclusief COVID-zorg)	47	55	9	N	De kosten voor 'Farmaciekosten' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2020.
	8	Schadebedrag 'Variabele kosten Directe COVID-zorg'	56	64	9	N	De kosten voor 'Variabele kosten Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2020.
	9	Schadebedrag 'GGZ Directe COVID-zorg'	65	73	9	N	De kosten voor 'GGZ Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2020.
	10	Schadebedrag 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg'	74	82	9	N	De kosten voor 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2020.
	11	Schadebedrag 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg'	83	91	9	N	De kosten voor 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2020.
	12	Schadebedrag 'Toeslagen COVID'	92	100	9	N	De kosten voor 'Toeslagen COVID' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2020.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9 9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N	De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N	De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag 'variabel'	23	36	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag 'GGZ'	37	50	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag 'V&V'	51	64	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag 'langdurige GGZ'	65	78	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.
	9	Totaal schadebedrag 'Farmaciekosten'	79	92	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords.
	10	Totaal schadebedrag 'Variabele kosten Directe COVID-zorg'	93	106	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 8 van de detailrecords.
	11	Totaal schadebedrag 'GGZ Directe COVID-zorg'	107	120	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords.
	12	Totaal schadebedrag 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg'	121	134	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords.
	13	Totaal schadebedrag 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg'	135	148	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 11 van de detailrecords.
	14	Totaal schadebedrag 'Toeslagen COVID'	149	162	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 12 van de detailrecords.

Vervolg Kosten per verzekerde 2020

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

Structuur gegevensvraag Hulpmiddelen 2021

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2021 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201401	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Datum van aflevering	11	18	8	N	EEJJMMDD	Vullen met de datum waarop de prestatie geleverd is. Dit is de afleverdatum en/of de datum van de dienstverlening.
	4	GPH-code	19	30	12	AN		Uniforme GPH-code (inclusief de conversie van ZI-artikelnnummers) conform afspraak tussen ZN en VWS, gebaseerd op tabellen van Vektis.
	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 - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Hulpmiddelengegevens 2021

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

Structuur gegevensvraag Add-on geneesmiddelen 2020

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 https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2020 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2020.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2020.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201504 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	ZI-artikelnummer (conform G-Standaard)	11	22	12	N	ZI-artikelnummer (bestand 131 G-Standaard), uitsluitend 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddel'
	4	Indicatiecode (conform G-Standaard)	23	31	9	N	Code van indicatie (conform bestand 132 G-Standaard) zoals vermeld op add-on declaratie
	5	Uitvoerdatum / Datum van aflevering	32	39	8	N	EEJJMMDD Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddel'
	6	afleveringseenheid (conform G-Standaard)	40	41	2	AN	Eenheid waarin hoeveelheid is uitgedrukt, conform G-Standaard van Z-Index
	7	Hoeveelheid afgeleverd middel;	42	50	9	N	Gedeclareerde hoeveelheid geneesmiddel; de linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan, de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken
	8	Indicatie debet/credit	51	51	1	AN	D Debet C Credit
	9	Schadebedrag in centen	52	59	8	N	Gedeclareerde kosten uitsluitend voor 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddel' in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
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	Totaal schadebedrag	23	36	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Add-on geneesmiddelen 2020

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

Structuur gegevensvraag Fysiotherapie en oefentherapie 2021

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2021 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201702	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	DCSPH-code	11	14	4	N		Verwijsdiagnosecode paramedische hulp of (indien niet beschikbaar) paramedische diagnosecode. Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zvw.
	4	CSI-code	15	17	3	AN		Code soort indicatie. Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zvw. Altijd 3 posities innemen, ook als het eerste cijfer een 0 is.
	5	Indicatie debet/credit	18	18	1	AN	D C	Debet Credit
	6	Schadebedrag in centen	19	26	8	N		Gedeclareerde kosten voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
	7	Begindatum behandeling	27	34	8	N	EEJJMMDD	Datum van de start van de behandeling
	8	Einddatum behandeling	35	42	8	N	EEJJMMDD	Datum van eind behandeling
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Fysiotherapie en oefentherapiegegevens 2021

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

Structuur gegevensvraag WLZ-gegevens 2021

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgkantoornummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer Zorgkantoor, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft het zorgkantoor zoals dat in 2021 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201801	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		BSN. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode	11	15	5	AN		Prestatiecode van Wlz-declaratie
	4	Behandelmaand/opnamemaand	16	17	2	N	MM	Maand waarop declaratie betrekking heeft
	5	AGB-code instelling	18	25	8	N		AGB-code van de zorgaanbieder/instelling zoals vermeld op declaratie
	6	Indicatie debet/credit	26	26	1	AN	D C	Debet Credit
	7	Schadebedrag in centen	27	34	8	N		Gedeclareerde kosten in het kader van de Wlz. Het bedrag is in centen, zonder decimaal scheidingsteken en ongeacht eigen bijdragen et cetera.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgkantoornummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer Zorgkantoor
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSNs	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSNs dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

Vervolg Wlz-gegevens 2021

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