



Regeling van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 26 mei 2020, referentie 2020002168, houdende regels met betrekking tot de structurele aanlevering van gegevens Zorgverzekeringswet 2020 en gegevens Wet langdurige zorg 2020 (Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2020)

Gelet op artikel 90 van de Zorgverzekeringswet en artikel 9.1.4 van de Wet langdurige zorg;

Na overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit;

Besluit:

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- *Accountantsprotocollen NZa*: Het accountantsprotocol Verantwoordingen Zvw, het accountantsprotocol Gegevensvraag Wlz-gegevens en het protocol accountantsonderzoek Wlz-uitvoerders. Deze documenten van de NZa geven richtlijnen voor het door de accountant van de zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor uit te voeren onderzoek naar de juistheid van de gegevens in de verantwoordingen Zvw en Wlz die met accountantsproduct moeten worden aangeleverd. Tevens geven deze protocollen aanwijzingen voor het rapport van feitelijke bevindingen bij het uitvoeringsverslag Zvw;
- *add-on*: een door de NZa beschreven overig zorgproduct op het terrein van de intensive care, dure geneesmiddelen of weesgeneesmiddelen, bestaande uit zorgactiviteiten behorende bij een dbc-zorgproduct;
- *CAK*: Centraal Administratiekantoor;
- *CBS*: Centraal Bureau voor de Statistiek;
- *CPB*: Centraal Planbureau;
- *DBC*: diagnose behandeling combinatie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel m, van de Regeling zorgverzekering;
- *declaratiegegevens*: alle declaraties die de zorgverzekeraar van verzekerden of zorgaanbieders heeft ontvangen uitgesplitst naar jaar en specialisme;
- *deelbedrag*: een deelbedrag als bedoeld in artikel 1, onderdeel n, van het Besluit zorgverzekering;
- *DNB*: De Nederlandsche Bank;
- *formats*: schematische ordening van de aan te leveren gegevens;
- *gegevens*: feitelijke informatie over de aantallen en kosten van declaraties voor de Zvw en Wlz, en aanvullende informatie over de betreffende verzekerden en de aan hen verleende zorg;
- *Handboek Wlz*: Handboek informatie-uitvraag Wlz 2020, een door het Zorginstituut opgesteld document dat informatie geeft over en een toelichting op de door de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren aan te leveren gegevens;
- *Handboek Zvw*: Handboek informatie Zorgverzekeringswet 2020, een door het Zorginstituut opgesteld document dat informatie geeft over en een toelichting op de door de zorgverzekeraars aan te leveren gegevens;
- *iWlz*: iWlz is de iStandaard om cliënten in alle fasen van de Wlz-keten te volgen: van de indicatie via zorgtoewijzing en -levering tot de vaststelling van de eigen bijdrage en declaratie. Elke ketenpartij geeft via iWlz de informatie door die belangrijk is voor de volgende partij. Het informatieverkeer verloopt via elektronische berichten, en op basis van landelijk gemaakte afspraken en vastgestelde regels;
- *NZa*: de Nederlandse Zorgautoriteit genoemd in artikel 3, eerste lid van de Wet marktordening gezondheidszorg;
- *PGB*: Persoonsgebonden budget, als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
- *record lay-out*: schematische voorstelling van de kosten en/of kenmerken per verzekerde Zvw en Wlz;
- *VWS*: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- *Wlz*: Wet langdurige zorg;
- *Wlz-uitvoerder*: Wlz-uitvoerder als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
- *Zorginstituut*: Zorginstituut Nederland genoemd in artikel 58, eerste lid, van de Zvw;
- *Zorgkantoor*: Zorgkantoor als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
- *Zorgverzekeraar*: zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zvw;



- **Vektis:** Uitvoeringsorganisatie van Zorgverzekeraars die onder andere informatie levert over gedeclareerde zorg;
- **ZN:** Zorgverzekeraars Nederland;
- **Zvw:** Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Aanlevering gegevens voor uitvoering Zvw

1. De zorgverzekeraar levert de in het onderstaande Schema Zvw bedoelde gegevens, alsmede de verlangde bestuursverklaringen en accountantsproducten, uiterlijk op de genoemde datum in 2020 aan, met uitzondering van de gegevens die zien op de Wlz. Voor de gegevens vierde kwartaalstaat is de aanleverdatum overeenkomstig onderstaand schema in 2021. De zorgverzekeraar dient de gegevens juist en volledig in bij het Zorginstituut, met inachtneming van de formats en record lay-outs, bedoeld in bijlagen 1 tot en met 6 van deze Regeling.
2. De in het onderstaande Schema Zvw bedoelde gegevensaanleveringen in de kwartaalstaten, onderdeel C voor Verpleging en Verzorging, Mondzorg en Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg kan de zorgverzekeraar vervangen door de aanlevering van de declaratiegegevens via Vektis.
3. De Wlz-uitvoerder levert het elektronisch bestand Wlz-gegevens 2019 als bedoeld in het onderstaande Schema Zvw, alsmede de verlangde bestuursverklaring en het accountantsproduct, uiterlijk op 1 juni 2020 aan. De Wlz-uitvoerder dient de gegevens juist en volledig in bij het Zorginstituut met inachtneming van de record lay-out, bedoeld in bijlage 5 van deze regeling.

Schema Zvw

Wat?	Wanneer?
Het elektronische bestand jaarstaat Zvw 2019*, onderdeel A en C, met inachtneming van het format jaarstaat 2019, onderdelen A en C, en de record lay-out contractinformatie, bedoeld in respectievelijk bijlage 2 en bijlage 4 van deze Regeling	1 mei 2020
Het elektronische bestand kosten per verzekerde 2017* met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2020, risicoverevening, kosten per verzekerde 2017 bedoeld in bijlage 5 van deze Regeling	1 mei 2020
Het elektronische bestand kosten per verzekerde 2018** met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2020, risicoverevening, kosten per verzekerde 2018 bedoeld in bijlage 5 van deze Regeling en bestuursverklaring	1 mei 2020
Het elektronische bestand farmaciegegevens 2019* met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2020, risicoverevening, farmaciegegevens 2019 bedoeld in bijlage 5 van deze Regeling	1 juni 2020
Het elektronische bestand hulpmiddelengegevens 2019* met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2020, risicoverevening, hulpmiddelen 2019 bedoeld in bijlage 5 van deze Regeling	1 juni 2020
Het elektronische bestand DBC-gegevens 2018* met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2020, risicoverevening, DBC's somatisch 2018 bedoeld in bijlage 5 van deze Regeling	1 juni 2020
De elektronische bestanden verzekerde periode en persoonskenmerken 2019* met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2020, risicoverevening, Verzekerde periode en persoonskenmerken 2019 bedoeld in bijlage 5 en het format in bijlage 6 van deze Regeling	1 juni 2020
Het elektronische bestand persoonskenmerken 1 mei 2020* met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2020, risicoverevening, Persoonskenmerken 2020 bedoeld in bijlage 5 van deze Regeling	1 juni 2020
Het elektronische bestand gegevens GGZ 2018* met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2020, risicoverevening, gegevens GGZ 2018 bedoeld in bijlage 5 van deze Regeling en bestuursverklaring	1 juni 2020
Het elektronische bestand add-on geneesmiddelen 2018* met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2020, risicoverevening, add-ons geneesmiddelen 2018 bedoeld in bijlage 5 van deze Regeling	1 juni 2020
Het elektronische bestand fysio- en oefentherapiegegevens 2019* met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2020, risicoverevening, fysio- en oefentherapiegegevens 2019 bedoeld in bijlage 5 van deze Regeling	1 juni 2020
Het elektronische bestand Wlz-gegevens 2019* met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2020, risicoverevening, Wlz-gegevens 2019 bedoeld in bijlage 5 van deze Regeling	1 juni 2020
Het elektronische bestand Contractinformatie medisch specialistische zorg 2018 met inachtneming van de record lay-out contractinformatie, bedoeld in bijlage 4 van deze regeling	30 november 2020
Het elektronische bestand Contractinformatie medisch specialistische zorg 2019 met inachtneming van de record lay-out contractinformatie, bedoeld in bijlage 4 van deze regeling	30 november 2020
Het elektronische bestand kwartaalstaat Zvw, onderdeel A en C, 1 ^e , 2 ^e , 3 ^e en 4 ^e kwartaal 2020 met inachtneming van het format kwartaalstaat 2020 (4 ^e kwartaal contractinformatie met inachtneming van het format kwartaalstaat 2021), onderdelen A en C, en de record lay-out contractinformatie, in 2 ^e kwartaal over 2020, in 4 ^e kwartaal over 2021, bedoeld in respectievelijk bijlage 1 en bijlage 3 van deze Regeling	Respectievelijk 28 april 2020, 28 juli 2020, 28 oktober 2020 en 28 januari 2021
Het elektronische bestand kwartaalstaat Zvw 1 ^e kwartaal verzekerdenstanden 2020** met inachtneming van het format kwartaalstaat 2020, onderdeel A 'Verzekerdenstanden naar leeftijd en geslacht' bedoeld in bijlage 1 van deze Regeling en bestuursverklaring bij de maartstand	7 maart 2020

* De met een sterretje aangeduide gegevens moeten met een accountantsproduct conform de accountantsprotocollen van de



NZa en een bestuursverklaring aan het Zorginstituut worden aangeleverd.

** De met twee sterretjes aangeduide gegevens worden met alleen een bestuursverklaring aan het Zorginstituut geleverd.

Artikel 3 Aanlevering gegevens voor uitvoering Wlz

1. Het zorgkantoor levert de in het onderstaande Schema Wlz bedoelde gegevens alsmede de verlangde bestuursverklaringen, uiterlijk op de genoemde datum in 2020 aan. Voor de gegevens vierde kwartaalstaat is de aanleverdatum overeenkomstig onderstaand schema in 2021.
2. De in het onderstaande Schema Wlz bedoelde aanlevering van de specificaties van kosten en productie van Wlz-zorg via de kwartaalstaten kan het zorgkantoor vervangen door aanlevering van de declaratiegegevens via Vektis.
3. De Wlz-uitvoerder met een of meer zorgkantoren levert de in het onderstaande Schema Wlz bedoelde gegevens alsmede de verlangde bestuursverklaring, uiterlijk op 12 augustus 2020 aan. De Wlz-uitvoerder dient de gegevens juist en volledig in bij het Zorginstituut, met inachtneming van het format, bedoeld in bijlage 8 van deze Regeling.
4. De Wlz-uitvoerder met een of meer zorgkantoren levert maandelijks (na de 7^e dag van de maand) met behulp van het iWlz-bericht AW317 uitvoeringsgegevens uit de iWlz aan het Zorginstituut. De AW317 is een xml-bericht en maakt integraal deel uit van het iWlz berichtenverkeer en het onderliggende informatiemodel.
5. Indien een zorgkantoor van één of meerdere zorgaanbieders, met een jaaromzet groter dan € 1 miljoen (per zorgaanbieder) geen declaraties heeft ontvangen, dient het zorgkantoor het Zorginstituut te informeren over die tekortkoming met daarbij een Excel-bestand met een zo goed mogelijke schatting van de ontbrekende declaratie-informatie op prestatieniveau, met inachtneming van het format, bedoeld in bijlage 7 van deze Regeling.

Schema Wlz

Wat?	Door wie?	Wanneer?
De declaratiegegevens 1 ^e , 2 ^e , 3 ^e en 4 ^e kwartaal 2020 betreffende alle Wlz-prestaties die door de Wlz-zorgaanbieders worden gedeclareerd bij de zorgkantoren door middel van de EI standaard AW319, conform de geldende Wlz-regelgeving en het Declaratieprotocol Wlz.	Zorgkantoor	Respectievelijk 13 mei 2020, 12 augustus 2020, 12 november 2020 en 12 februari 2021
Het elektronische bestand kwartaalstaat Wlz 2 ^e kwartaal aantal PGB-houders op 30 juni 2020* met inachtneming van het format kwartaalstaat 2020 'PGB' bedoeld in bijlage 8 van deze Regeling	Zorgkantoor	12 augustus 2020
Het elektronische bestand kwartaalstaat Wlz 2 ^e kwartaal aantal PGB-houders met huisbezoeken in 2019* met inachtneming van het format kwartaalstaat 2020 'PGB' bedoeld in bijlage 8 van deze Regeling	Zorgkantoor	12 augustus 2020
Het elektronische bestand kwartaalstaat Wlz 4 ^e kwartaal aantal PGB-houders met bewust-keuze gesprekken in 2020* met inachtneming van het format kwartaalstaat 2020 'PGB' bedoeld in bijlage 8 van deze Regeling	Zorgkantoor	12 februari 2021
Het elektronische bestand kwartaalstaat Wlz Beheerskosten, met inachtneming van het format kwartaalstaat 2020 bedoeld in bijlage 8 van deze Regeling	Zorgkantoor	Respectievelijk 13 mei 2020, 12 augustus 2020, 12 november 2020 en 12 februari 2021
Het elektronische bestand kwartaalstaat Wlz 2 ^e kwartaal verzekerdenstanden 2020* met inachtneming van het format kwartaalstaat 2020 'Specificatie van het totaal aantal Wlz verzekerden' bedoeld in bijlage 8 van deze Regeling	Wlz-uitvoerder met een of meer zorgkantoren	12 augustus 2020
Uitvoeringsgegevens uit de iWlz, met behulp van het iWlz-bericht AW317	Wlz-uitvoerder met een of meer zorgkantoren	Maandelijks, na dag 7

* De met een sterretje aangeduide gegevens worden met een bestuursverklaring aan het Zorginstituut geleverd.

Artikel 4 Pseudonimisering

1. De zorgverzekeraar, het zorgkantoor en de Wlz-uitvoerder leveren persoonsidentificerende gegevens uitsluitend gepseudonimiseerd aan.
2. De zorgverzekeraar, het zorgkantoor en de Wlz-uitvoerder treffen technische en organisatorische voorzieningen op een passend niveau ter waarborging van de veiligheid en betrouwbaarheid van het informatieverkeer en ter bescherming van de persoonsgegevens die zij onder zich hebben.



Artikel 5 Verstrekken gegevens aan derden

1. Het Zorginstituut verstrekt de gegevens bedoeld in artikel 2 en artikel 3 op verzoek aan de NZa, voor zover de NZa onderbouwt dat die gegevens noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Zvw of de Wlz door de NZa.
2. Het Zorginstituut verstrekt de kwartaal- en jaarstaten als bedoeld in artikel 2 en artikel 3 op verzoek aan het CAK, CBS, het CPB, DNB, VWS en ZN voor zover de betreffende verzoeker onderbouwt dat die informatie noodzakelijk is voor de wettelijke taak van die verzoeker.

Artikel 6 Inwerkingtreding

1. Deze regeling heeft betrekking op de gegevensaanlevering in de periode van 1 maart 2020 tot 1 maart 2021 en vervalt met ingang van 1 maart 2021, met dien verstande dat deze regeling van toepassing blijft voor de periode waarvoor zij gelding had.
2. Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van publicatie van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 maart 2020.

Artikel 7 Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2020.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

Voorzitter Raad van Bestuur
S. Wijma



BIJLAGE 1

Format kwartaalstaat 2020, specifieke informatie A

Kostenverzamelstaat

KOSTENRUBRIEK	code	LASTEN 2020		LASTEN 2019		LASTEN 2018 EN OUDER	
		Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Lasten 2018 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
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						
TOTAAL RUBRIEK 01		0	0	0	0	0	0
02 FARMACEUTISCHE ZORG							
TOTAAL RUBRIEK 02	520						
03 VERPLEGING EN VERZORGING							
Kosten van verpleging en verzorging	530						
04 MONDZORG							
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	560.1						
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	560.2						
Kosten gebitsprothesen	561						
TOTAAL RUBRIEK 04		0	0	0	0	0	0
05 VERLOSKUNDIGE ZORG							
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580						
Kosten verloskundige zorg door huisartsen	581						
Kosten integrale geboortezorg	582						
TOTAAL RUBRIEK 05		0	0	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	612						
Kosten add-ons - Dure geneesmiddelen	612.1						
Kosten add-ons - IC	612.2						
Integrale kosten van DBC-zorgproduct	613.1						
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1						
Integrale kosten extramuraal werkende specialisten	619						
TOTAAL RUBRIEK 06		0	0	0	0	0	0
07 PARAMEDISCHE ZORG							
Kosten fysiotherapie	620						
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621						
Kosten logopedie	623						
Kosten ergotherapie	624						
Kosten dieetadvisering	625						
Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	626						
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0	0	0
08 HULPMIDDELENZORG							
TOTAAL RUBRIEK 08	640						



Vervolg

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2020		LASTEN 2019		LASTEN 2018 EN OUDER	
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Lasten 2018 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
09 ZIEKENVERVOER						
Kosten vervoer per ambulance/helikopter 650						
Opbrengstenverrekeningen regionale ambulance- voorzieningen 650.1						
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto 651						
TOTAAL RUBRIEK 09	0	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						
TOTAAL RUBRIEK 10	0	0	0	0	0	0
11 GRZ, ELV EN GZSP						
Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) 670						
Eerstelijnsverblijf (ELV) 671						
Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) 672						
TOTAAL RUBRIEK 11	0	0	0	0	0	0
12 KRAAMZORG						
TOTAAL RUBRIEK 12	680					
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN						
Overige kosten 700						
Overige geneeskundige zorg 701						
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten 702						
TOTAAL RUBRIEK 13	0	0	0	0	0	0
15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG						
Kosten via verzekeraar 720						
Kosten via verbindingorgaan 721						
TOTAAL RUBRIEK 15	0	0	0	0	0	0
16 KWALITEITSGELDEN						
TOTAAL RUBRIEK 16	730					
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)	0	0	0	0	0	0

BATEN ZVW code	Totale baten 2020 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2020	Totale baten 2019 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2019	Totale baten 2018 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2018 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						



Kosten naar deelbedragen

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2020 inclusief balanspost
Variabele zorgkosten	
Vaste zorgkosten	
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	
TOTAAL lasten (bruto-schade, definitie ZIN)	0

Vervolg

Verzekerdenstand naar leeftijd en geslacht

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 2020**

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

Instructie verantwoording kosten kwartaalstaat

Kolom 1: Lasten 2020 inclusief balanspost

In de eerste kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- 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 Xe kwartaal 2020

In de tweede kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- 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 2019 inclusief balanspost

In de derde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in 2019) ontvangen declaraties met betrekking tot in 2019 aan verzekerden verleende zorg/in 2019 geopende DBC's.
- de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op de in 2019 verleende zorg/geopende DBC's en de meest actuele schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in 2019 verleende zorg/in 2019 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. 2019

In de vierde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode ontvangen declaraties met betrekking tot 2019 aan verzekerden verleende zorg/in 2019 geopende DBC's.

Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost jaar 2019.

Kolom 5: Lasten 2018 en ouder inclusief balanspost

In de vijfde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in 2019 en 2018) ontvangen declaraties met betrekking tot in 2018 aan verzekerden verleende zorg /in 2018 geopende DBC's en tevens de in de verslagperiode ontvangen declaraties met betrekking tot de jaren ouder dan 2018.
- de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op de in 2018 en ouder verleende zorg/geopende DBC's en de meest actuele schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in 2018 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. 2018 en ouder

In de zesde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in 2019 en 2018) ontvangen declaraties met betrekking tot in 2018 aan verzekerden verleende zorg/in 2018 geopende DBC's en de in de verslagperiode ontvangen declaraties met betrekking tot de jaren ouder dan 2018.

Het verschil tussen kolom 5 en kolom 6 betreft dus de balanspost 2018 en ouder.



BIJLAGE 2

Format jaarstaat 2019, specifieke informatie A

Kostenverzamelstaat

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2019		LASTEN 2018		LASTEN 2017 EN OUDER
		Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
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					
TOTAAL RUBRIEK 01		0	0	0	0	0
02 FARMACEUTISCHE ZORG						
TOTAAL RUBRIEK 02	520					
03 VERPLEGING EN VERZORGING						
Kosten van verpleging en verzorging	530					
04 MONDZORG						
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	560.1					
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	560.2					
Kosten gebitsprothesen	561					
TOTAAL RUBRIEK 04		0	0	0	0	0
05 VERLOSKUNDIGE ZORG						
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580					
Kosten verloskundige zorg door huisartsen	581					
TOTAAL RUBRIEK 05		0	0	0	0	0
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG						
Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545					
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610					
Overige zorgproducten	611					
Kosten add-ons	612					
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					
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					
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0	0



Vervolg

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2019		LASTEN 2018		LASTEN 2017 EN OUDER
		Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
08 HULPMIDDELENZORG						
TOTAAL RUBRIEK 08	640					
09 ZIEKENVERVOER						
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650					
Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen	650.1					
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto	651					
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					
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0	0
11 GERIATRISCHE REVALIDATIE EN EERSTELIJNSVERBLIJF						
Geriatrische Revalidatie	670					
Eerstelijnsverblijf	671					
TOTAAL RUBRIEK 11		0	0	0	0	0
12 KRAAMZORG						
TOTAAL RUBRIEK 12	680					
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN						
Overige kosten	700					
Overige geneeskundige zorg	701					
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702					
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						
TOTAAL RUBRIEK 16	730					
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)		0	0	0	0	0

BATEN ZVW	Code	Totale baten 2019 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2019	Totale baten 2018 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2018	Totale baten ontvangen m.b.t. 2017 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					



Vervolg

Kosten naar deelbedragen

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
Variabele zorgkosten		
Vaste zorgkosten		
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg		
Kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg (LGGZ)		
TOTAAL kosten	0	0

Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
Kosten SKION en NTS (deel code 610)		

CODE 612 - KOSTEN ADD-ONS	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
Add-ons dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1, regeling risicoverevening)		

CODE 612.1 - KOSTEN ADD-ONS DURE GENEESMIDDELEN	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
Kosten add-ons - Dure geneesmiddelen (artikel 1, regeling risicoverevening)		

Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

CODE 720 - KOSTEN GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERZEKERAAR	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
Variabele zorgkosten		
Kosten van verpleging en verzorging		
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg		
Kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg (LGGZ)		
Kosten van geneeskunig geestelijke gezondheidszorg		
TOTAAL CODE 720 kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar	0	0



CODE 721 - KOSTEN GRENSOVERSCHRIJLENDE ZORG VIA VERBINDINGSORGAAN		Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 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		
	Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland		
	Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland		
TOTAAL CODE 721 kosten gemaakt in het buitenland, via verbindingorgaan		0	0

Vervolg

Specificatie rubriek 16 Kwaliteitsgelden

CODE 730 - KWALITEITSGELDEN		Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 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 kosten Kwaliteitsgelden		0	0

Specificatie berekende nominale rekenpremie gedetineerden

	BEDRAG
Totaal berekende nominale rekenpremies 2019 tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder	

Opbrengstverrekening

Kosten regionale ambulancevoorzieningen 2018

NZA-code	Naam Instelling	Plaats	Kosten van vervoer per ambulance 2018
240-4290	Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid	Zwijndrecht	
240-4380	Regionale Ambulancevoorziening Flevoland	Lelystad	
240-4440	Stichting Regionale Ambulancevoorziening UMOG	Tynaarlo	
240-4590	Regionale Ambulancevoorziening IJsselland	Zwolle	
240-4650	Ambulance Oost	Hengelo (OV)	
240-4660	Regionale Ambulancevoorziening Brabant Noord	's-Hertogenbosch	
240-4690	Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Zuid	Nijmegen	
240-4700	Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Midden	Arnhem	
240-4730	Ambulance Amsterdam B.V. (regio Amsterdam-Amstelland)	Amsterdam	
240-5000	Regionale Ambulancevoorziening Utrecht (RAVU)	Bilthoven	
240-5100	Regionale Ambulancevoorziening Limburg-Noord	Venlo	
240-5200	Regionale Ambulancevoorziening Zuid-Limburg	Geleen	
240-5310	Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost	Eindhoven	
240-5410	Regionale Ambulancevoorziening Midden-West Brabant	's-Hertogenbosch	
240-6320	Regionale Ambulancevoorziening Groningen	Groningen	
240-6710	Regionale Ambulancevoorziening Hollands Midden	Leiden	
240-6900	Regionale Ambulancevoorziening Gooi en Vechtstreek	Bussum	
240-7004	Coöperatie AmbulanceZorg Rotterdam Rijnmond U.A.	Barendrecht	
240-7005	Witte Kruis Ambulance Services B.V. (regio Zeeland)	Alkmaar	
240-7006	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Fryslan U.A.	Tynaarlo	
240-7007	Regionale Ambulancevoorziening Haaglanden	's-Gravenhage	
240-7008	Witte Kruis Ambulance Services B.V. (regio Noordoost Gelderland)	Alkmaar	
240-7009	Vereniging Ambulancezorg U.A. (regio Noord-Holland Noord)	Alkmaar	
240-7010	Ambulance Amsterdam B.V. (regio Zaanstreek-Waterland)	Amsterdam	
240-7011	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Kennemerland	Haarlem	
TOTALE KOSTEN VAN VERVOER PER AMBULANCE			0

Specificatie wanbetalersregeling

WANBETALERSBIJDRAGE

JAARSTAAT	VERSLAGJAAR	CORRECTIE VOORGAANDE JAREN		TOTAAL
	2019	2018	2017 en voorgaande jaren	
AANTAL PREMIEMAANDEN	0	0	0	
STANDAARDPREMIE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
TOTALE BIJDRAGE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

Ontvangen voorschot jaar T	€ 0,00
----------------------------	--------

Nog te ontvangen/Te verreken met CAK	€ 0,00
--------------------------------------	--------



Instructie verantwoording kosten jaarstaat

Het is niet toegestaan dat de zorgverzekeraar bij de lasten inclusief balanspost in de jaarstaat aansluit op de jaarrekening, als de afsluitdatum van de jaarrekening eerder is dan die van de jaarstaat en de ramingen in de jaarstaat niet meer actueel zijn.

Kolom 1: Lasten 2019 inclusief Balanspost

In de eerste kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2019 ontvangen declaraties voor de in 2019 aan verzekerden verleende zorg /in 2019 geopende DBC's.
- de balanspost: de declaraties die na 31 december 2019 zijn ontvangen en betrekking hebben op de in 2019 verleende zorg/geopende DBC's en de meest actuele raming van de na 31 december 2019 nog te ontvangen declaraties voor de in 2019 verleende zorg/in 2019 geopende 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 m.b.t. 2019

In de tweede kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2019 ontvangen declaraties voor de in 2019 aan verzekerden verleende zorg/in 2019 geopende DBC's.

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

Kolom 3: Lasten 2018 inclusief balanspost

In de derde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2019 (dus inclusief de in 2018) ontvangen declaraties voor de in 2018 aan verzekerden verleende zorg /in 2018 geopende DBC's.
- de balanspost: de declaraties die na 31 december 2019 zijn ontvangen en betrekking hebben op de in 2018 verleende zorg/geopende DBC's en de meest actuele schatting van de na 31 december 2019 nog te ontvangen declaraties voor de in 2018 verleende zorg/in 2018 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 2018

In de vierde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2019 (dus inclusief de in 2018) ontvangen declaraties voor de in 2018 aan verzekerden verleende zorg /in 2018 geopende DBC's.

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

Kolom 5: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t 2017 en ouder

In de vijfde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2019 (dus inclusief de in 2018 en de in 2017) ontvangen declaraties voor de in 2017 aan verzekerden verleende zorg /in 2017 geopende DBC's. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt dan wordt de (administratieve) verrekening met de zorgaanbieders verwerkt in de 'ontvangen en geaccepteerde declaraties'.
- en tevens de in 2019 ontvangen declaraties met betrekking tot jaren ouder dan 2017 (inclusief creditnota's).

Kolom 5 bevat geen balanspost.



BIJLAGE 3

Format kwartaalstaat 2020, specifieke informatie C

Specificaties rubriek 01 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2020
Module achterstandsfonds		
Module modernisering en innovatie		
Overige kosten		
TOTAAL code 503		0

CODE 506 - CONSULTTARIEVEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2020
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 2e kwartaal 2020
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 2e kwartaal 2020
Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 en multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomanagement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		
Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		
Organisatie en infrastructuur		
Programma stoppen met roken		
TOTAAL code 510		0

CODE 515 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING HUISARTSEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2020
Kosten resultaatbeloning huisartsen		
Kosten zorgvernieuwing huisartsen		
TOTAAL code 515		0

Vervolg

CODE 516 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING MDZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2020
Kosten resultaatbeloning MDZ	
Kosten zorgvernieuwing MDZ	
TOTAAL code 516	0

Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2020 t/m 2e kwartaal		Lasten 2019		Lasten 2018 en ouder	
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Lasten 2018 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria						
Trombosediensten						
SKION en NTS						
TOTAAL code 610	0	0	0	0	0	0

CODE 611 - NAAR INSTELLING	Lasten 2020 t/m 2e kwartaal		Lasten 2019		Lasten 2018 en ouder	
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Lasten 2018 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
Overige zorgproducten						
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 2020 t/m 2e kwartaal		Lasten 2019		Lasten 2018 en ouder	
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Lasten 2018 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 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 2020 t/m 2e kwartaal		Lasten 2019		Lasten 2018 en ouder	
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Lasten 2018 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 612.2	0	0	0	0	0	0

Vervolg

CODE 613.1 - INTEGRALE KOSTEN VAN DBC-ZORGPRODUCTEN GEREGULEERDE SEGMENT NAAR INSTELLING	Lasten 2020 t/m 2e kwartaal		Lasten 2019		Lasten 2018 en ouder	
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Lasten 2018 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 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 2020 t/m 2e kwartaal		Lasten 2019		Lasten 2018 en ouder	
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Lasten 2018 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 615.1	0	0	0	0	0	0

Specificaties rubriek 13 Overige kosten

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2020
Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgprestaties	
TOTAAL code 700	0

CODE 701 - OVERIGE GENEESKUNDIGE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 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

CODE 702 - ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2020
Kosten van zorg ivm visuele beperking	
Kosten van zorg ivm auditieve en communicatieve beperking	
TOTAAL code 702	0



Specificaties 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.			

Specificaties contractinformatie

Contractinformatie huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, rubriek 1

	Lasten inclusief balanspost 2020
<i>Huisartsenzorg, codes 503, 504, 505, 506, 507, 515</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal huisartsenzorg	0
Multidisciplinaire zorg, codes 510 en 516	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal multidisciplinaire zorg	0
TOTAAL RUBRIEK 01	0



Contractinformatie verpleging en verzorging, rubriek 3

	Lasten inclusief balanspost 2020
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
PGB	
TOTAAL RUBRIEK 03	0

Contractinformatie medisch specialistische zorg, rubriek 6

	Lasten inclusief balanspost 2020
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	
TOTAAL RUBRIEK 06	0

	2020
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	

Contractinformatie geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, rubriek 10

	Lasten inclusief balanspost 2020
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	
TOTAAL RUBRIEK 10	0

	2020
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	



Contractinformatie zintuiglijk gehandicapten, code 702

	Lasten inclusief balanspost 2020
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
TOTAAL CODE 702	0

Contractinformatie geriatische revalidatie, eerstelijnsverblijf, en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen, rubriek 11

	Lasten inclusief balanspost 2020
<i>Geriatrische Revalidatie, code 670</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal Geriatrische Revalidatie zorg	0
<i>Eerstelijnsverblijf, code 671</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal Eerstelijnsverblijf	0
<i>Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen, code 672</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen	0
TOTAAL RUBRIEK 11	0

STRUCTUUR GEGEVENS VRAAG ZORGINS TITUUT NEDERLAND CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG PER INSTELLING

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Oelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsort	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	###	Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzov.vektis.nl/ Het betreft de verzekeraar zoals die in 2020 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. Indien de afspraken op concretniveau zijn gemaakt dan één van de UZOV's invullen
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	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	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2020.
	6	Versionummer S RL	30	35	N	201503	versionummer deze record layout
2. Detailrecord	1	Recordsort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	AGB code zorgaanbieder	2	9	N		Identificerende code van de zorgaanbieder
	3	Contractnummer	10	16	N		De detailrecords met AGB codes die onder hetzelfde contract vallen, hebben hetzelfde contractnummer. Bovendien heeft elk contract een uniek nummer
	4	Verwachte schade aanremsom	17	26	N		In hele eurs
	5	Verwachte schade plafond	27	36	N		In hele eurs
	6	Verwachte schade nacalculatie bij aanremsom en plafond	37	46	N		In hele eurs
	7	Indicatie debet credit schade bij nacalculatie	47	47	1	AN	Debet
	8	Verwachte schade open einde contract	48	57	N	C	Credit
	9	Afgesproken maximum bedrag plafondcontract	58	67	N		In hele eurs
	10	Ongecontracteerde zorg	68	77	N		In hele eurs
3. S luitrecord	1	Recordsort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	###	Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen
	4	Totaal verwachte schade MSZ	15	25	N		De som van de bedragen in rubriek 4, 5, 6 en 10 van de detailrecords
	5	Totaal afgesproken maximum bedrag plafondcontract	26	36	N		De som van de bedragen in rubriek 9 van de detailrecords

1. In de record layout zijn drie soorten records beschreven:

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

2. S oort:

Numeriek, rechts aansluitendlijnen en uitvullen met voorloopnullen
 AN=alfanumeriek, links aansluitendlijnen 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_UZOV_LMSZ.JJJJ.LL.III.V.bt

UZOV: Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
 JJJJ: S 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.

Instructie opgave contractinformatie

Bij de opgave contractinformatie per rubriek en bij de opgave contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling, hanteert het Zorginstituut zowel in de kwartaal- als in de jaarstaat de volgende definities van de verschillende contractvormen:

- Aanneemsommen: contracten waarbij de aanbieder tegen een vast bedrag voor het jaar de zorg levert;
- Plafondcontracten: contracten die wel een maximumomzet maar geen minimumomzet kennen. Hieronder vallen contracten waarbij zowel de P als de Q is afgesproken. De som van de $P \times Q$ wordt dan hierbij opgenomen;
- Nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten: dit betreft de 'open einden' die in de aanneemsomcontracten en plafondcontracten zijn opgenomen. Het afgegrensde deel is bij de contractvorm opgenomen en onder deze categorie alleen de inschatting van de uit de nacalculatie verwachte voortvloeiende kosten. Het betreft onder andere aanpassingen die niet leiden tot een aanpassing van een breder geldend plafond, omdat dit bijvoorbeeld de prikkel voor de zorginstelling verminderd. Mogelijk wordt in plaats daarvan juist meer ruimte op andere afspraken en/of extra middelen gehonoreerd. Deze bonusopbrengsten (of kortingen 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. Ook andere contractvormen neemt de zorgverzekeraar hier op.

Bij de betreffende contractvorm geeft de zorgverzekeraar de schade op zoals hij die verwacht voor het betreffende jaar, op basis van de gemaakte afspraken en aanvullende inzichten.

- Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten: de zorgverzekeraar geeft hier de som van alle plafonds op die zijn afgesproken.

Bij de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' geeft de zorgverzekeraar aan welke schadelast Zvw hij daadwerkelijk verwacht bij de zorgaanbieders waarmee hij een plafondcontract heeft afgesproken. De verwachte schadelast is dus kleiner dan of gelijk aan de 'totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten' (de maximumomzet van het afgesproken plafond, dus exclusief de nacalculatieafspraken bij plafondcontracten).

Als het aandeel van de zorgverzekeraar in de afgesproken maximumomzet plafondcontracten niet bekend is, dan geeft de zorgverzekeraar hier nogmaals de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' op. De verwachte schadelast 'plafond' is dan dus gelijk aan de maximumomzet 'plafond'.

Bij de opgave contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling geeft de zorgverzekeraar een specificatie per instelling van de opgave contractinformatie medisch specialistische zorg in de kwartaalstaat. Beide opgaven betreffen dezelfde zorgaanbieders. De zorgverzekeraar geeft de AGB-code op van de zorgaanbieder waarmee het contract is gesloten. Als een contract betrekking heeft op meerdere AGB-codes, dan neemt de zorgverzekeraar een apart detailrecord op met dezelfde gegevens per contract en tevens hetzelfde contractnummer.



BIJLAGE 4

Format jaarstaat 2019, specifieke informatie C

Specificaties rubriek 01 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Module achterstandsfonds		
Module modernisering en innovatie		
Overige kosten		
TOTAAL code 503	0	0

CODE 506 - CONSULTTARIEVEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Kosten consulten huisartsen	korter dan 5 minuten	
	van 5 tot 20 minuten	
	20 minuten en langer	
Kosten visites huisartsen	≤ 20 minuten	
	> 20 minuten	
Kosten telefonisch consulten huisartsen		
Kosten e-mailconsulten huisartsen		
Kosten consulttarieven POH GGZ		
Kosten huisartsenzorg ELV en Intensieve zorg		
TOTAAL code 506	0	0

CODE 507 - OVERIGE TARIEVEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Module POH GGZ		
S1 verrichtingen		
Vaccinaties		
Passantentarieven		
Verloskundige zorg door huisartsen		
TOTAAL code 507	0	0

CODE 510 - MULTIDISCIPLINAIRE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 en multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomanagement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie ZVW)		
Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie ZVW)		
Organisatie en infrastructuur		
Programma stoppen met roken		
TOTAAL code 510	0	0



Vervolg

CODE 515 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING HUISARTSEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Kosten resultaatbeloning huisartsen		
Kosten zorgvernieuwing huisartsen		
TOTAAL code 515	0	0

CODE 516 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING MDZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Kosten resultaatbeloning MDZ		
Kosten zorgvernieuwing MDZ		
TOTAAL code 516	0	0

Specificatie rubriek 02 Farmaceutische zorg

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
Kosten geneesmiddel	
Kosten i.v.m terhandstelling	
Kosten overige zorgprestaties	
TOTAAL code 520	0

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG	Aantal prestaties mbt 2019
Aantallen prestaties geneesmiddel	
Aantallen overige zorgprestaties	
TOTAAL prestaties	0

Specificaties rubriek 03 Verpleging en Verzorging

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Kosten van prestaties verpleging		
Kosten van prestaties verzorging		
Kosten PGB's		
Overige kosten	Prestaties AIV, Beloning op maat, Experiment bekostiging VenV (prestaties op verzekerdenniveau)	
	Experiment regelarme instelling, Regionale beschikbaarheidsfunctie, Ketenzorg dementie (prestaties niet op verzekerdenniveau)	
Kosten verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg		
Kosten verpleging en verzorging voor kinderen tot 18 jaar		
TOTAAL code 530	0	0

Vervolg

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Verpleging (in uren)		
Verzorging (in uren)		
Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg (in dagen)		
Verpleging en verzorging voor kinderen tot 18 jaar (in uren)		
TOTAAL code 530	0	0

Specificaties rubriek 04 Mondzorg

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
X Maken en beoordelen foto's (Röntgendiagnostiek)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten	
	Overig	
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie		
TOTAAL code 560.1	0	0

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten (J20 + J80)	

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
C Consultatie en diagnostiek		
X Maken en beoordelen foto's		
M Preventieve mondzorg		
A+B Verdoving		
V Vullingen		
E Wortelkanaalbehandelingen		
R Kronen en bruggen		
G Kaakgewrichtbehandelingen		
H Chirurgische ingrepen		
P Uitneembare prothetische voorzieningen		
T Tandvleesbehandelingen		
J Implantaten		
Z Abonnementstarieven		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a, b en c)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie		
TOTAAL code 560.2	0	0



Vervolg

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
C Consultatie en diagnostiek (C11, periodieke controle)		
M Preventieve mondzorg (M01, Preventieve voorlichting en/of instructie)		
M Preventieve mondzorg (M02, Consult voor evaluatie van preventie)		

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Volledige conventionele gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak		
Rebasings en reparaties van de conventionele gebitsprothesen		
Volledige implantaat gedragen gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak		
Rebasings en reparaties implantaat gedragen gebitsprothesen		
TOTAAL code 561	0	0

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Volledige conventionele gebitsprothesen	onder <u>en</u> boven	
	onder <u>of</u> boven (tellen per kaak)	
Volledige implantaat gedragen gebitsprothesen	onder <u>en</u> boven	
	onder <u>of</u> boven (tellen per kaak)	

Specificatie rubriek 05 Verloskundige zorg

SPECIFICATIE AANTALLEN VERLOSSINGEN	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Volledige verlossingen door verloskundigen (code 580)		

Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

CODE 545 - KOSTEN SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Implantaten		
Overige prestaties		
TOTAAL code 545	0	0

CODE 545 - KOSTEN SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Aantal implantaten (code 238060)		

Vervolg

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2019		Lasten 2018		Lasten 2017 en ouder
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017 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 - NAAR INSTELLINGEN	Lasten 2019		Lasten 2018		Lasten 2017 en ouder
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017 en ouder
Overige zorgproducten					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 611	0	0	0	0	0

CODE 611 - OVERIGE ZORGPRODUCTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Poliklinische bevalling zonder medische indicatie		
Poliklinische bevalling op medische indicatie		
Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie		
Gezonde moeder		
Gezonde zuigeling		
Kosten MSVT		
Kosten stollingsfactoren		

CODE 612.1 - KOSTEN ADD-ONS DURE GENEESMIDDELEN	Lasten 2019		Lasten 2018		Lasten 2017 en ouder
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017 en ouder
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 612.1	0	0	0	0	0

Vervolg

CODE 612.2 - KOSTEN ADD-ONS IC	Lasten 2019		Lasten 2018		Lasten 2017 en ouder
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017 en ouder
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 612.2	0	0	0	0	0

DBC-zorgproducten NAAR INSTELLING Code	Lasten 2019		Lasten 2018		Lasten 2017 en ouder
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016 en ouder
Integrale kosten DBC-zorgproduct gereuleerde 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

Specificaties rubriek 09 Ziekenvervoer

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Ambulanceritten		
Helikoptervluchten		
TOTAAL code 650	0	0

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER		Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Ambulanceritten	Spoed (code I010)		
	Besteld (code I002)		
Helikoptervluchten			



Vervolg

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
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		
Intensieve kindzorg	Openbaar vervoer		
	Taxi		
	Eigen auto		
TOTAAL code 651		0	0

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO - vervolg	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Totaal verzekerden met kosten hoger dan de wettelijke eigen bijdrage		

Specificaties rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

CODE 661 - SPECIALISTISCHE GGZ MET VERBLIJF	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Aantal DBC's		

CODE 661.1 - LANGDURIGE GGZ	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Aantal gedeclareerde en geaccepteerde ZPP's		

CODE 662 - SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Aantal DBC's		

CODE 662 - KOSTEN SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017 en ouder
Instellingen			
Zelfstandig gevestigden			
TOTAAL code 662	0	0	0

Vervolg

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017 en ouder
Instellingen			
Zelfstandig gevestigden			
TOTAAL code 665	0	0	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Basis GGZ - Kort		
Basis GGZ - Middel		
Basis GGZ - Intensief		
Basis GGZ - Chronisch		
Onvolledig behandeltraject		
TOTAAL code 665	0	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Basis GGZ - Kort (Aantal declaraties)		
Basis GGZ - Middel (Aantal declaraties)		
Basis GGZ - Intensief (Aantal declaraties)		
Basis GGZ - Chronisch (Aantal declaraties)		
Onvolledig behandeltraject (Aantal declaraties)		

Specificatie rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg en Eerstelijnsverblijf

GERIATISCHE REVALIDATIEZORG EN EERSTELIJNSVERBLIJF	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
Totaal aantal DBC's geriatrische revalidatiezorg (code 670)		



Specificatie rubriek 12 Kraamzorg

CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL VERZEKERDEN	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
1. 00 t/m 23 uur		
2. 24 t/m 31 uur		
3. 32 t/m 39 uur		
4. 40 t/m 47 uur		
5. 48 t/m 55 uur		
6. 56 t/m 63 uur		
7. 64 t/m 71 uur		
8. 72 t/m 80 uur		
9. 81 uur of meer		
TOTAAL	0	0

Vervolg

CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL UREN	Aantal mbt 2019	Aantal mbt 2018
1. 00 t/m 23 uur		
2. 24 t/m 31 uur		
3. 32 t/m 39 uur		
4. 40 t/m 47 uur		
5. 48 t/m 55 uur		
6. 56 t/m 63 uur		
7. 64 t/m 71 uur		
8. 72 t/m 80 uur		
9. 81 uur of meer		
TOTAAL	0	0



Specificaties rubriek 13 Overige kosten

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017 en ouder
Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgprestaties			
Programma Stoppen met Roken			
Kosten Integrale geboortezorg			
Kosten Eerstelijnsverblijf			
Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie			
TOTAAL code 700	0	0	0

CODE 701 - OVERIGE GENEESKUNDIGE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
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 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
Kosten van zorg ivm visuele beperking		
Kosten van zorg ivm auditieve beperking		
Kosten van zorg ivm taalontwikkelingsstoornis		
TOTAAL code 702	0	0

Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

CODE 720 - KOSTEN GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERZEKERAAR	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018
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 - KOSTEN GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERZEKERRAAR	Aantal verzekerden mbt 2019	Aantal verzekerden mbt 2018
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



Specificaties contractinformatie

Contractinformatie huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, rubriek 01

	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018	Lasten inclusief balanspost 2017
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
TOTAAL RUBRIEK 01	0	0	0

Contractinformatie verpleging en verzorging, rubriek 03

	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018	Lasten inclusief balanspost 2017
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
PGB			
TOTAAL RUBRIEK 03	0	0	0

Vervolg

Contractinformatie medisch specialistische zorg, rubriek 06

	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018	Lasten inclusief balanspost 2017
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			
TOTAAL RUBRIEK 06	0	0	0
	2019	2018	2017
Totaal afgesproken maximum omzet plafondcontracten			

Contractinformatie GGZ, rubriek 10

	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018	Lasten inclusief balanspost 2017
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			
TOTAAL RUBRIEK 10	0	0	0
	2019	2018	2017
Totaal afgesproken maximum omzet plafondcontracten			

Contractinformatie zintuiglijk gehandicapten, code 702

	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018	Lasten inclusief balanspost 2017
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
TOTAAL CODE 702	0	0	0

Vervolg

Contractinformatie geriatrie revalidatiezorg & eerstelijnsverblijf, rubriek 11

	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018	Lasten inclusief balanspost 2017
Geriatrische Revalidatie, code 670			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Subtotaal Geriatrische Revalidatie	0	0	0
Eerstelijnsverblijf, code 671			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Subtotaal Eerstelijnsverblijf	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	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	###	Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzov.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2020 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. Indien de afspraken op concerniveau zijn gemaakt dan één van de UZOV's invullen
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	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	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	N	201503	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	ACB code zorgaanbieder	2	9	N		Identificerende code van de zorgaanbieder
	3	Contractnummer	10	16	N		De detailrecords met ACP codes die onder hetzelfde contract vallen, hebben hetzelfde contractnummer. Bovendien heeft elk contract een uniek nummer
	4	Verwachte schade aanremsom	17	26	N		In hele euros
	5	Verwachte schade plafond	27	36	N		In hele euros
	6	Verwachte schade nalcaculatie bij aanremsom en plafond	37	46	N		In hele euros
	7	Indicatie debet credit schade bij nalcaculatie	47	47	1	AN	D C
	8	Verwachte schade open einde contract	48	57	N		In hele euros
	9	Afgesproken maximum bedrag plafondcontract	58	67	N		In hele euros
	10	Ongecontracteerde zorg	68	77	N		In hele euros
3. S luitrecord	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	###	Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen
	4	Totaal verwachte schade MSZ	15	25	N		De som van de bedragen in rubriek 4, 5, 6 en 8 van de detailrecords
	5	Totaal afgesproken maximum bedrag plafondcontract	26	36	N		De som van de bedragen in rubriek 9 van de detailrecords

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

- Voorlooprecord (code=1)
- Detailrecord per instelling (code=2)
- S luitrecord (code=9)

2. Soort:

N=nummeriek, rechts aansluiten (cijfers) en invullen met voorloopnullen
 AN=alfanumeriek, links aansluiten (cijfers) en invullen 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_UZOV1_MSZ_####_###.V.txt

UZOV1: Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
 ####: S schadejaar waar de lasten betrekking op hebben
 ###: De levering (Q2, Q4, de jaartaal (JS) of novemberlevering (NO))
 III: Aantal van het peilmoment van de levering
 V: Volgnummer, de eerste levering heeft versienummer 01. Elke volgende levering heeft een hoger versienummer.



Specificaties afrekeningen met het buitenland

KOSTEN PER RUBRIEK NAAR LEEFTIJD

RUBRIEK 01 - HUISARTSENZORG en MDZ	Lasten 2019 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 01	0

RUBRIEK 02 - FARMACEUTISCHE ZORG	Lasten 2019 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 02	0

RUBRIEK 03 - VERPLEGING EN VERZORGING	Lasten 2019 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 03	0

RUBRIEK 04 - MONDZORG	Lasten 2019 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 04	0

RUBRIEK 05 - VERLOSKUNDIGE ZORG	Lasten 2019 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 05	0

RUBRIEK 06 - MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	Lasten 2019 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 06	0



Vervolg

RUBRIEK 07 - PARAMEDISCHE ZORG	Lasten 2019 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 07	0

RUBRIEK 08 - HULPMIDDELEN ZORG	Lasten 2019 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 08	0

RUBRIEK 09 - ZIEKENVERVOER	Lasten 2019 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 09	0

RUBRIEK 10 - GENEESKUNDIGE GGZ	Lasten 2019 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 10	0

RUBRIEK 12 - KRAAMZORG	Lasten 2019 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 12	0

BIJLAGE 5 RECORD LAY-OUTS UITVRAAG 2020 RISICOVEREVENING

Persoonskenmerken 2020

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorloprecord	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorloprecord
	2	Zorgverzekeringsnummer	2	5	N	###	Landelijke UZOV-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzov.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2020 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	N	EEJMMDD	Datum waarop het bestand is aangeemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval betreft het de peildatum 1 mei 2020.
	5	Datum einde periode	22	29	N	EEJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval is de einddatum gelijk aan de begindatum.
	6	Versienummer SRL	30	35	N	201201	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N		Uitsluitend geleverde BS N's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Postcode woonadres *)	11	16	N	NNNAA	Postcode 6 posities PostNL
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	N		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfabetische karakters opnemen in rubriek 5 (huisnummer toevoeging woonadres)
	5	Huisnummer toevoeging woonadres *)	22	33	N	EEJMM	Geboortejaar en -maand van de verzekerde
	6	Geboortejaar en -maand	34	39	N		1 Man
	7	Geslacht	40	40	N		2 Vrouw
	8	Identificatie buitenland	41	41	N		3 geslacht onbepaald 1 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeringsnummer	2	5	N	###	Landelijke UZOV-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BS N's	15	22	N		De som van het aantal unieke BS N's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortejaar en -maand	23	36	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 coding 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 bevindt is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekeringen op één adres, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.



Vervolg Persoonskenmerken 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=nummeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en invullen met voorloop-nullen AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen met spaties
3. Data presentatie:	standaard AS CII, 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 AS CII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam	ZINL_NZA_RVE_UZOVL_PER_EEJJ_MND_NR.txt UZOVl: Landelijk UZOVl-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord). EEJJ: J jaar waar het bestand betrekking op heeft MND: bij dit bestand de maand mei, '05 opmaken NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.



* Uitsluitend vullen indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetene, identificatie buitenland heeft codering 1). (Uitsluitend het meest recente adres opnemen. Bij voorkeur adres Bas is registratie Personen, anders meest recente woonadres in Nederland bekend is, gebruikt u het postadres als bas is voor deze gegevens. Bij meerdere verkeerden op één adres, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.



Vervolg Verzekerde periode en Persoonskenmerken 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 AS CII, numerieke waarden zonder teken (unsigned) In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carrière ream/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat. Ter controle kunt u een AS CII vewer gebruiken.
4. Bestandsnaam	ZINL_NZA_RVE_UZOVLVPPER_EEJJ_MND_NR.txt UZOV: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

Farmaciegegevens 2019

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/toelichting
1. Voorlooperrecord	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooperrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	###	Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzov.vakits.nl/ . 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	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2019.
	5	Datum einde periode	22	29	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2019.
	6	Verlenummer S RL	30	35	N	201202	Verlenummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N	EEJJMM	Uitsluitend geleverde BS Ns. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Gebortjaar en -maand	11	16	N	EEJJMM	Gebortjaar en -maand van de verzekerde
	4	Geslacht	17	1	N	1	1 Man
						2	2 Vrouw
						3	3 geslacht onbepaald
	5	Datum van aflevering	18	25	N	EEJJMMDD	Dit is de afleverdatum en/of de datum van de dienstverlening.
	6	Prestatiecode (Ziartikelnummer)	26	37	N	Conform G-standaard	Conform G-standaard
	7	Voorgeschreven dosering	38	38	N	1	1 De voorgeschreven dosering is bekend
						2	2 De voorgeschreven dosering is bekend, maar niet in (gemiddeld) gebruik per dag uit te drukken (rubriek 9 vullen met nullen).
						3	3 De voorgeschreven dosering is onbekend (rubriek 9 vullen met nullen)
							Conform G-standaard
3. Sluitrecord	1	Afleverings-eenheid	39	40	AN		De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken.
	2	Gemiddelde dagdosering	41	49	N		De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken.
	3	Hoofdeinde afgeleverd middel	50	58	N		De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken.
	4	Indicatie debet credit	59	59	AN	D	Debet
						C	Credit
	5	Schadebedrag in centen	60	67	N		Cedeclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 10) t.h.v. de basisverzekering Zvw. Het bedrag is conform de E+
							standaard in centen, zonder decimaal scheidingsteken, en is:
							* exclusief BTW, CVS-bijbetaling en afleververgoedingen
							* ongeacht kosten ten laste van het verplicht eigen risico
							* zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over kumsom, plafond, etc.
							9 = sluitrecord
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	###	Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BS Ns	15	22	N		De som van het aantal unieke BS Ns dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	N		De som van de schadebedragen in rubriek 12 van de detailrecords (zonder debetcredit denominatie)



Vervolg Farmacie gegevens 2019

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:	1. Voorloopleid (code=1) 2. Detailrecord per verzekerde (code=2) 3. S luitrecord (code=9)
2. Soort	N-numeriek, rechts aansluiten/lijnen en uitvullen met voorloopleid AN=alphanumeric, links aansluiten/lijnen en uitvullen met spaces
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_UZOVL_FAR_EEJJ_MND_NR.txt UZOV1: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorloopleid). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opvullen NR: Volgnummer, de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.



DBC's somatisch 2018

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	###	Landelijk UZOV1-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzov1.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2018 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	N	EEJJ MMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJJ MMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2018.
	5	Datum einde periode	22	29	N	EEJJ MMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2018.
	6	Versienummer SRL	30	35	N	201203	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N		Uitsluitend gedefinieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Specialisme code	11	14	N		Code van het poortspecialisme. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	4	DBC Zorgproductcode	15	23	N		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	5	DBC Declaratiecode	24	29	N		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	6	Diagnosecode	30	33	N		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	7	Maand van opening subtraject	34	35	N	MM	Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	8	ACB code instelling	36	43	N		Zoals vermeld op de declaratie.
	9	Indicatie debet credit	44	44	N	D C	Debet Credit
	10	Schadebedrag in centen	45	52	N		Gedecoreerde kosten voor DBC's somatisch in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de E1-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	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	###	Landelijk UZOV1-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)



Vervolg DBC's somatisch 2018

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=allanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen met spaties
3. Data presentatie:	standaard AS CII, 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_UZOVLD8C_EEJJ_MND_NR.txt UZOV: Landelijk UZOV-nummer zorgverzekenaar (zie rubriek 2 voorlooprecord). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft. MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen NR: Volgnummer, de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

GGZ 2018

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	###	Landelijk UZOV/i-nummer zorgverzekeraar, zie http://uov.vectris.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2018 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	N	EEJJ MMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJJ MMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2018. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC. 2018.
	5	Datum einde periode	22	29	N	EEJJ MMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2018. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC. 2018.
	6	Versienummer SRL	30	35	N	201205	Versienummer deze recordlayout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode DBC	11	22	AN		Inclusief eventueel gemaskeerde diagnosecode. Uitsluitend DBC's GGZ (behandeling) en deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR.
	4	Declaratiecode	23	28	AN		Declaratiecode van DBC GGZ (behandeling), dan wel declaratiecode van deelprestatie 24-uurs verblijf en VMR, dan wel declaratiecode van ZZP en 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 aanmaken met declaratiecode van betreffende deelprestatie.
	5	Maand van opening van DBC	29	30	N	MM	Uitsluitend DBC's GGZ (behandeling), deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, en Generalistische Basis GGZ.
	6	Begindatum prestatie	31	38	N	EEJJ MMDD	Uitsluitend deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, ZZP's en kib
	7	Einddatum prestatie	39	46	N	EEJJ MMDD	Uitsluitend deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, ZZP's en kib
	8	Indicatie debet credit	47	47	1	AN	D Debet C Credit
	9	Schadebedrag in centen	48	55	N		Gedeclareerde kosten voor DBC GGZ (behandeling), gedeclareerde kosten voor deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, gedeclareerde kosten voor ZZP GGZ en kib, gedeclareerde kosten voor Generalistische Basis GGZ, in het kader van de basisverzekering Zw. Als bij de DBC een of meer deelprestaties 24-uurs verblijf zijn gedeclareerd, dan een of meer afzonderlijke detailrecords aanmaken met gedeclareerde kosten van betreffende deelprestatie. Het bedrag is in centen, conform de E1-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	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	###	Landelijk UZOV/i-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)



Vervolg GGZ 2018

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

Kosten per verzekerde 2017

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/toelichting
1. Voorloperrecord	1	Recordsoort	1	1	1	1	1 = voorloperrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzov.vektis.nl/ . Het betreft de verzekerde zoals die in 2017 actief was. Altijd 4 posities opvullen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJ MMDD
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJ MMDD
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJ MMDD
	6	Verstienummer SRL	30	35	6	N	201205
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	1	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N	Uitsluitend geleverde BSN's. Altijd 9 posities opvullen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Schadebedrag 'variabele zorgkosten' in centen	11	19	9	N	De 'variabele zorgkosten' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2017.
	4	Schadebedrag 'GGZ' in centen	20	28	9	N	De kosten voor 'geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2017.
	5	Schadebedrag 'verpleging en verzorging' in centen	29	37	9	N	De kosten voor 'verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2017.
	6	Schadebedrag 'geïntensieve revalidatiezorg' in centen	38	46	9	N	De kosten voor 'geïntensieve revalidatie' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2017.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	1	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	Landelijk UZOV-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 'GGZ'	65	78	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.



Vervolg Kosten per verzekerde 2017

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:	1. Voorbeeld (code=1) 2. Detailrecord per verzekerde (code=2) 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:	N-numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en invullen met voorloopnullen AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen met spaties
3. Data presentatie:	standaard AS CII, numerieke waarden zonder teken (unsigned) In verband met de pseudonimisering door ZorgITP is het noodzakelijk dat de carige return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat. Ter controle kunt u een AS CII vewer gebruiken.
4. Bestandsnaam	ZINL_NZA_RVE_UZOVLKPV_EEJJ_MND_NR.txt UZOVt: Landelijk UZOVL-nummer zorgverzekenaar (zie rubriek 2 voorbeeldrecord). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

Kosten per verzekerde 2018

Type record	#	Rubriek	Postie van	Lengte v/m	Soort	Codering	Omschrijving/toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZDVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzdvi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2018 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	N	EEJJ MMDD	Datum waarop het bestand is aangeemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJJ MMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2018.
	5	Datum einde periode	22	29	N	EEJJ MMDD	Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2018.
	6	Versienummer SRL	30	35	N	201206	Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2018.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N		Uitsluitend geverifieerde BS Ns. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Schadebedrag 'variabele zorgkosten' in centen	11	19	N		De 'variabele zorgkosten' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2018.
	4	Schadebedrag 'GGZ' in centen	20	28	N		De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2018.
	5	Schadebedrag 'verpleging en verzorging' in centen	29	37	N		De kosten voor 'verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2018.
	6	Schadebedrag 'langdurige GGZ' in centen	38	46	N		De kosten voor 'langdurige GGZ' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2018.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZDVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BS Ns	15	22	N		De som van het aantal unieke BS Ns dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag 'variabel'	23	36	N		De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag 'GGZ'	37	50	N		De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag 'V&V'	51	64	N		De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag 'langdurige GGZ'	65	78	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.



Vervolg Kosten per verzekerde 2018

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:	1. Voorlooprecord (code=1) 2. Detailrecord per verzekerde (code=2) 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:	N-numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en invullen met voorloopnullen AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen met spaties
3. Data presentatie:	standaard AS CII, 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 AS CII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam	ZINL_NZA_RVE_UZOVI_KPV_EEJJ_MND_NR.txt UZOV: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekelaar (zie rubriek 2 voorlooprecord). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft. MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen NR: Volgnummer, de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

Hulpmiddelengegevens 2019

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZOV/-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzov.vektis.nl/ . 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	N	EEJJ MMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJJ MMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2019.
	5	Datum einde periode	22	29	N	EEJJ MMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2019.
	6	Versienummer SRL	30	35	N	201401	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N		Uitsluitend geleverde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Datum van aflevering	11	18	N	EEJJ MMDD	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	AN		Uniforme GPH-code (inclusief de conversie van Z'-artikelnummers) conform afspraak tussen ZN en VWS, gebaseerd op tabellen van Vektis.
	5	Indicatie debet credit	31	31	AN	D Debet C Credit	
	6	Schadebedrag in centen	32	39	N		Gedeclareerde kosten voor hulpmiddelen in het kader van de basisverzekering Zw. Het bedrag is in centen, conform de EIS-standaard, zonder decimaal scheidingstekens, en is: - inclusief BTW - exclusief eventuele eigen bijdrage(r) - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZOV/-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)



Vervolg Hulpmiddelengegevens 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 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_UZOVL_HMD_EEJJ_MND_NR.txt UZOV: Landelijk UZOVL-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen NR: Volgnummer, de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.



Add-on geneesmiddelen 2018

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/toelichting
1. Voorlooperrecord	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooperrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzov.veltis.nl/ Het betreft de verzekeraar zoals die in 2018 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2018.
	5	Datum einde periode	22	29	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2018.
	6	Versionummer SRL	30	35	N	201504	Versionummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger/Service Nummer	2	10	N		Uitsluitend geleverde BS Ns. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Prestatiecode / Zantelnummer	11	22	N		Zf-artikelnummer (bestand 131 G-Standard), uitsluitend 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on
	4	Indicatiecode	23	31	N		Code van indicatie (conform bestand 132 G-Standard) zoals vermeld op add-on declaratie
	5	Uitvoerdatum / Afleverdatum	32	39	N	EEJJMMDD	Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddel'
	6	Afleverings eenheid	40	41	2	AN	Eenheid waarin hoeveelheid is uitgedrukt, conform G-Standard van Z-Index
	7	Hoeveelheid afgeleverd middel	42	50	N		Gedeclareerde hoeveelheid geneesmiddel, de linier 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	Debet
	9	Schadebedrag in centen	52	59	N	C	Credit
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	N	9	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, - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	9 = sluitrecord
	3	Aantal records	6	14	N		Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar
	4	Aantal unieke BS Ns	15	22	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen
	5	Totaal schadebedrag	23	36	N		De som van het aantal unieke BS Ns dat in het bestand is opgenomen. De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debetcredit denominatie)



Vervolg Add-ons geneesmiddelen 2018

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=nummeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en invullen met voorlooppullen AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen met spaties
3. Data presentatie:	standaard AS CIL, numerieke waarden zonder teken (unsigned) In verband met de pseudonimisering door ZorgITP 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 AS CIL vewer gebruiken.
4. Bestandsnaam	ZINL_NZA_RVE_UZOVL_ADDONL_EEJJ_MND_NR_bv_UZOVL_Landelijk_UZOVL-nummer_zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

Fysio- en oefentherapiegegevens 2019

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/toelichting
1. Voorlooprecord							
	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzov.vektis.nl/ . 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	N	EEJJ MMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJJ MMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2019.
	5	Datum einde periode	22	29	N	EEJJ MMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2019.
	6	Versienummer SRL	30	35	N	201701	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord							
	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N		Uitsluitend geleverde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	DCS PH-code	11	14	N		Venigheidsdiagnosecode paramedische hulp of (indien niet beschikbaar) paramedische diagnosecode. Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zw.
	4	CSI-code	15	17	AN		Code soort indicatie. Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zw. Altijd 3 posities innemen, ook als het eerste cijfer een 0 is.
	5	Indicatie debet credit	18	1	AN	D Debet C Credit	
	6	Schadebedrag in centen	19	26	N		Gedecoreerde kosten voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck in het kader van de basisverzekering Zw. Het bedrag is in centen, conform de El-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord							
	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)



Vervolg Fysio- en oefentherapiegegevens 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 invullen met voorloop nullen AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen met spaties
3. Data presentatie:	standaard AS CII, 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 AS CII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam	ZINL_NZA_RVE_UZOV/L_FOT_EEJJ_MND_NR.bt UZOV: Landelijk UZOV-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft MND: bij dit bestand niet van toepassing. '00' opnemen NR: Volgnummer, de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.



Wlz gegevens 2019

1. Voorlooprecord		1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooprecord Landelijk UZOVU-nummer Zorgkantoor, zie http://uzov.vektis.nl/ . Het betreft het zorgkantoor zoals dat in 2019 actief was. Alijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.										
		2	Zorgkantoornummer	2	5	4	N	###										
		3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt									
		4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2019.									
		5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2019.									
		6	Versienummer S/L	30	35	6	N	201801	Versienummer deze record-layout									
2. Detailrecord		1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord BSN. Alijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. Prestatiecode van Wlz-declaratie Maand waarop declaratie betrekking heeft ACB-code van de zorgaanbieder/instelling zoals vermeld op declaratie D Debit C Credit Gedecclareerde kosten in het kader van de Wlz. Het bedrag is in centen, zonder decimaal scheidingsteken en ongeacht eigen bijdragen et cetera.										
		2	Burger Service Nummer	2	10	9	N	BSN										
		3	Prestatiecode	11	15	5	AN											
		4	Behandelaar/maand/opnamemaand	16	17	2	N	MM										
		5	ACB-code instelling	18	25	8	N											
		6	Indicate debiet credit	26	26	1	AN	D										
		7	Schadebedrag in centen	27	35	9	N	C										
3. Sluitrecord		1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord Landelijk UZOVU-nummer Zorgkantoor De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords (zonder debiet/credit denominatie).										
		2	Zorgkantoornummer	2	5	4	N	###										
		3	Aantal records	6	14	9	N											
		4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N											
		5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N											



Vervolg Wlz gegevens 2019

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:	1. Voorloprecord (code=1) 2. Detailrecord per verzekerde (code=2) 3. S luitrecord (code=9)
2. Soort:	N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en invullen met voorloprecord 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_UZOV1WLZ_EEJJ_MND_NR.bt UZOV1: het uzov-nummer van het Zorgkantoor in bestand opgeven EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.



Instructie Afsluitdatum bestanden

In de bestanden Farmaciegegevens 2019, DBC-gegevens somatisch geopend in 2018, gegevens GGZ 2018, Hulpmiddelengegevens 2019, Add-ons geneesmiddelen 2018, fysiotherapie 2019 en Kosten per verzekerde 2018 betreft de zorgverzekeraar alle op verzekerdeniveau ontvangen declaraties, die hij gegeven de aanleverdatum van het bestand kan meenemen. De zorgverzekeraar neemt geen raming op van nog te ontvangen declaraties.

In het bestand Kosten per verzekerde 2017 betreft de zorgverzekeraar de tot en met 31 december 2019 ontvangen declaraties op verzekerdeniveau.

Instructie Kosten per verzekerde

In het definitieve bestand Kosten per verzekerde 2017 heeft de zorgverzekeraar de verrekeningen verwerkt tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder als gevolg van overeengekomen lumpsumfinanciering dan wel het overeengekomen plafondbedrag.

Voor de verrekeningen met de regionale ambulancevoorzieningen geldt dat de zorgverzekeraar zelf de kosten per verzekerde per zorgaanbieder volgens een logische verdeelsleutel corrigeert op basis van de informatie van de NZa over de verrekenbedragen per zorgaanbieder per zorgverzekeraar.

In het bestand Kosten per verzekerde 2017 neemt de zorgverzekeraar de volgende kosten niet mee: vaste zorgkosten en kosten van kwaliteitsgelden zoals verantwoord bij rubriek 16 in de jaarstaat. Als kosten buitenland via Zorginstituut Nederland neemt de zorgverzekeraar mee de door hem goedgekeurde declaraties van kosten met transactiejaar 2017.

BIJLAGE 6

Format Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2019

(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 2019	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									

Instructie verzekerden zonder (geverifieerd) BSN

De zorgverzekeraar ontvangt in beginsel uitsluitend een vereveningsbijdrage 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 Verzekerde periode en persoonskenmerken voor de betreffende verzekerde, die in jaar T verzekerd was

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

Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringsplicht heeft vastgesteld, is de zorgverzekeraar verplicht om een verzekerde zonder (geverifieerd) BSN wél te accepteren. Als er sprake is van een uitzonderingssituatie en is voldaan aan de voorwaarden, dan neemt de zorgverzekeraar de betreffende verzekerde op 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

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 de zorgverzekeraar tijdig na te gaan of de aangeleverde gegevens juist en volledig waren.

Van de verzekerden die de zorgverzekeraar 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;
- Beschermde 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 BSN aan te vragen. Bij kortdurende dienstverbanden *kan* het zijn dat een BSN niet tijdig is verkregen of geverifieerd en dat de zorgverzekeraar 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.



BIJLAGE 7

Format kwartaalstaat Wlz 2020

Opgave ontbrekende declaratie-informatie

Nza prestatiecode	Aantal	Totaalbedrag



BIJLAGE 8

Format kwartaalstaat Wlz 2020, specificaties PGB, beheerskosten en aantal Wlz verzekerden

SPECIFICATIE VAN HET TOTAAL AANTAL PGB-HOUDERS OP 30 JUNI 2020

	AANTAL
Totaal aantal PGB-houders	

SPECIFICATIE VAN HET TOTAAL PGB-HOUDERS MET HUISBEZOEK(EN)

	AANTAL
Totaal aantal PGB-houders met huisbezoek(en) 2019	

SPECIFICATIE VAN HET TOTAAL AANTAL PGB-AANVRAGERS MET BEWUSTE-KEUZE GESPREK(KEN) 2020

	AANTAL
Totaal aantal nieuwe PGB-aanvragers met bewuste-keuze gesprek(ken)	

SPECIFICATIE BEHEERSKOSTEN

TOTAAL BEHEERSKOSTEN (INCLUSIEF iWlz)	BEDRAG
Kosten intern personeel	
Kosten extern personeel	
Overige beheerskosten	
TOTAAL BEHEERSKOSTEN	0

Instructie aantal PGB-houders

VERZEKERDEN

SPECIFICATIE VAN HET TOTAAL AANTAL Wlz-VERZEKERDEN PER 1 JULI 2020

LEEFTIJD	AANTAL PER GESLACHT		TOTAAL AANTAL
	MAN	VROUW	
Verzekerden 64 jaar en jonger			0
Verzekerden 65 jaar en ouder			0
TOTAAL	0	0	0

De ingangsdatum en de beëindigingsdatum van het PGB zijn bepalend. Bijvoorbeeld:

- Een cliënt waaraan op 15 juli een PGB is toegekend met als ingangsdatum 15 juni, telt op 30 juni mee als budgethouder
- Een cliënt die op 25 juni overlijdt, telt op 30 juni niet mee als budgethouder. Dat is ook het geval als er na het overlijden van deze cliënt nog sprake is van beëindigingskosten
- Een budgethouder telt na opname in een instelling nog twee maanden mee als budgethouder.

Instructie aantal PGB-houders met huisbezoek(en)

Een huisbezoek aan een budgethouder is een fysiek uitgevoerd huisbezoek (niet in combinatie met een bewuste-keuze gesprek) waarvan de uitkomsten voor 1 januari 2020 intern geadministreerd zijn.

Instructie aantal PGB-aanvragers met bewuste-keuze gesprek(ken)

Het zorgkantoor telt alle PGB-aanvragers met bewuste-keuze gesprek(ken), ongeacht of de aanvraag dan wel het bewuste-keuze gesprek tot toekenning van een PGB heeft geleid.

Instructie beheerskosten

De kosten van intern personeel betreffen salarissen, sociale lasten, pensioenen en personeelsvoorzieningen, zoals opleidingen. Kosten extern personeel zijn personeelslasten van werkzaamheden die het zorgkantoor aan externen heeft uitbesteed. Overige beheerskosten zijn beheerskosten die niet direct



zijn toe te rekenen aan personeelslasten van intern of extern personeel, zoals doorbelaste kosten vanuit het concern.

TOELICHTING

I. Algemeen

I.1 Algemene toelichting

Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) ontleent zijn bevoegdheid tot het vaststellen van deze regeling aan artikel 90, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en artikel 9.1.4, eerste lid, van de Wet langdurige zorg (Wlz). Hierin staat dat het Zorginstituut, na overleg met de NZa bij regeling kan bepalen welke gegevens en inlichtingen regelmatig door de zorgverzekeraars en de Wlz-uitvoerders moeten worden verstrekt. De regels kunnen omvatten het tijdstip en de wijze waarop de gegevens en inlichtingen moeten worden verstrekt, alsmede dat een accountant de juistheid van de verstrekte gegevens en inlichtingen bevestigt (artikel 90, tweede lid, van de Zvw en artikel 9.1.4, tweede lid, van de Wlz). Deze regeling is tot stand gekomen na onderling overleg tussen de NZa en het Zorginstituut en door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut vastgesteld.

Op grond van artikel 88 van de Zvw is een ieder verplicht om alle inlichtingen en gegevens, waaronder persoonsgegevens als bedoeld in de Algemene verordening gegevensbescherming, aan het Zorginstituut te verstrekken indien die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekeringen of de Zvw.

I.2 Regeling 2020

Deze regeling beschrijft de structureel door de zorgverzekeraars en de Wlz-uitvoerders (en zorgkantoren) aan het Zorginstituut te leveren gegevens ten behoeve van de uitvoering van de Zvw en de Wlz. Het doel van de regeling is om op systematische wijze aan te geven welke gegevens, wanneer en op welke wijze de zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders dienen te verstrekken.

Het Zorginstituut is zich ervan bewust dat de gegevensuitvraag 2020 nog uitgebreid kan gaan worden met een aanvullende uitvraag in verband met de coronacrisis. Dat kan tot gevolg hebben dat er een wijziging of aanvulling van de Regeling zal plaatsvinden. Het Zorginstituut kiest er bewust voor om nu de huidige Regeling vast te stellen en te publiceren, omdat de reguliere gegevensaanleveringen met ingang van 1 mei aanstaande zullen gaan plaatsvinden. In een later stadium zal, indien dat noodzakelijk is, de Regeling mogelijk gewijzigd worden of zal er een aanvullende regeling vastgesteld worden.

Voor de uitvoering van de Zvw, en dan met name voor de risicoverevening, heeft het Zorginstituut sinds 2018 ook gegevens van Wlz-uitvoerders nodig. Voor de uitvoering van de Wlz en het signaleren van feitelijke ontwikkelingen op het gebied van kosten van zorg en van de vraag naar en het aanbod van zorg heeft het Zorginstituut eveneens gegevens nodig van Wlz-uitvoerders. Daarom is een geïntegreerde regeling voor de Zvw en de Wlz vastgesteld. In deze regeling is een onderscheid gemaakt tussen de gegevens die het Zorginstituut nodig heeft voor de Zvw (artikel 2) en gegevens die het Zorginstituut nodig heeft voor de Wlz (artikel 3). Dit onderscheid komt ook in de bijlagen bij de regeling tot uitdrukking.

In de regeling is ook expliciet opgenomen dat het Zorginstituut de gegevens verstrekt aan de NZa en enkele andere bestuursorganen, mits die daar een wettelijke grondslag voor hebben. Dit vermindert de administratieve lastendruk voor zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders.

Voor de uitvoering van de Zvw komen de aan te leveren gegevens in grote mate overeen met de regeling van het voorgaande jaar. De wijzigingen in de onderhavige regeling vloeien voort uit wijzigingen in het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening. Daarnaast zijn er wijzigingen op basis van input van afnemers van informatie alsmede van gebruikers van het Handboek Zvw. Al deze informatie is verwerkt in de formats 2020 en record lay-outs 2020, die in de bijlagen zijn opgenomen. Meer informatie over alle wijzigingen is te vinden in het Handboek Zvw.

Voor de uitvoering van de Wlz is ook in deze regeling opgenomen welke gegevens Wlz-uitvoerders moeten aanleveren. De basis hiervoor is het Handboek Wlz.

De gegevens die de zorgverzekeraars en de Wlz-uitvoerders aan het Zorginstituut aanleveren, worden door het Zorginstituut beschikbaar gesteld voor controle door de accountant van het Zorginstituut, onder meer in verband met het bepaalde in artikel 35, vierde lid, van de Kaderwet Zelfstandige Bestuursorganen, artikel 73, vierde lid, van de Zvw en artikel 74, derde, vierde en vijfde lid, van de Zvw.

1.3 Wettelijk kader

In deze regeling zijn voorschriften opgenomen die de zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor in acht moeten nemen bij de aanlevering van gegevens. Daarnaast dienen de zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerder de relevante wet- en regelgeving in acht te nemen zoals:

- Zorgverzekeringswet;
- Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Wet langdurige zorg;
- Besluit langdurige zorg;
- Regeling langdurige zorg;
- Regeling risicoverevening;
- Wet marktordening gezondheidszorg;
- NZa beleidsregels, circulaire, nadere regels etc., waaronder de nadere regels 'Regeling administratie en controle zorgverzekeraars' en 'Regeling controle en administratie Wlz-uitvoerders';
- Accountantsprotocol 'Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2019';
- Protocol accountantsonderzoek Wlz-uitvoerders;
- Accountantsprotocol 'Gegevensvraag Wlz-gegevens vanaf oplevering 2019', hierin geeft de NZa voorschriften voor de accountants van de Wlz-uitvoerders.

Daarnaast dienen het Handboek Zvw 2020 en de instructies Zorginstituut Nederland 'Aanlevering gegevens risicoverevening Zvw met accountantsproduct in 2020' en het Handboek Wlz 2020 in acht te worden genomen.

1.4 Verwerking persoonsgegevens

Wanneer er sprake is van persoonsgegevens in de zin van de Algemene verordening gegevensbescherming en de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming moeten deze worden gepseudonimiseerd. Dit geschiedt in twee stappen. De eerste stap in de pseudonisering vindt plaats aan de bron, bij de zorgverzekeraar. De tweede stap in de pseudonisering vindt plaats bij de Stichting ZorgTTP, die daartoe is aangewezen door de minister van VWS. Het Zorginstituut ontvangt de gepseudonimiseerde bestanden van ZorgTTP. Op de in artikel 2 en 3 genoemde data moet het gepseudonimiseerde bestand zijn ontvangen door ZorgTTP. Als een zorgverzekeraar ervoor kiest om een verwerkersovereenkomst te sluiten met een derde partij met behulp van wie de aanlevering van de gegevens plaatsvindt, dan blijft de zorgverzekeraar zelf verantwoordelijk voor de tijdige, juiste en volledige aanlevering aan ZorgTTP en het Zorginstituut. Het Zorginstituut treedt altijd direct in contact met de zorgverzekeraar (en niet met de door de zorgverzekeraar ingeschakelde verwerker) over de aangeleverde gegevens. Dit betekent onder meer dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de directe relatie tussen de elektronische gegevensbestanden die aan het Zorginstituut worden aangeleverd en de bronbestanden van de zorgverzekeraar. Ook moet de zorgverzekeraar zelf volledig geïnformeerd zijn over alle activiteiten die de verwerker heeft uitgevoerd op de gegevensbestanden die (via ZorgTTP) aan het Zorginstituut zijn gestuurd. Tevens behoort het tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar dat de accountant de werkzaamheden in het kader van het protocol van de NZa kan uitvoeren.

Wat in het onderdeel Verwerking persoonsgegevens over de zorgverzekeraar wordt opgemerkt geldt mutatis mutandis ook voor de Wlz-uitvoerder.

1.5 De NZa is toezichthouder

De NZa heeft brede taken als toezichthouder in de zorg. De wettelijke taken van de NZa zijn neergelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Op grond van artikel 16, onderdeel b, van de Wmg is de NZa belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld. Ook is de NZa belast met toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door de Wlz-uitvoerders, van hetgeen bij of krachtens de Wet langdurige zorg en de artikelen 91, tweede lid, tweede volzin, 123 en 124 van de Wet financiering sociale verzekeringen is geregeld.

In het algemeen deel van de Memorie van Toelichting op de Wmg (hoofdstuk 8.2) is over de risicoverevening opgemerkt dat de NZa toezicht houdt op aantallen en kenmerken van verzekerden met het oog op een adequate uitvoering van de vereveningsbijdrage uit het zorgverzekeringsfonds.

Het is noodzakelijk dat het Zorginstituut kan uitgaan van de juistheid van de aan te leveren gegevens. De NZa heeft in drie accountantsprotocollen bepaald wanneer de gegevens van een oordeel van een accountant en/of het bestuur van de zorgverzekeraar voorzien moeten zijn. In deze protocollen geeft de NZa voorschriften voor de zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders en de werkzaamheden van hun externe accountants voor de verantwoordingsdocumenten. Dit zijn:

- Accountantsprotocol 'Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2019';
- Protocol accountantsonderzoek Wlz-uitvoerders;
- Accountantsprotocol 'Gegevensvraag WLZ-gegevens' vanaf oplevering 2019'.

Bij gegevensaanleveringen die met assurancerapport worden aangeleverd stuurt de zorgverzekeraar zowel het gegevensbestand als de bestuursverklaringen en de accountantsproducten aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut zorgt voor de doorlevering aan de Nza. Bij deze gegevensaanleveringen toetst de Nza op tijdigheid, juistheid en volledigheid. Bij gegevensaanleveringen met alleen een bestuursverklaring wordt het gegevensbestand met de bestuursverklaring ook aan het Zorginstituut geleverd. Deze gegevensaanleveringen worden door de Nza niet getoetst. Het Zorginstituut kan in deze gevallen op grond van artikel 26 van de Wmg aan de Nza, als toezichthouder, vragen om nader onderzoek naar deze opgaven te doen. In overleg met de Nza is deze werkwijze vastgesteld als de minst belastende voor de zorgverzekeraars.

Wanneer de zorgverzekeraars de gegevens onjuist of onvolledig aanleveren, dan wel die gegevens niet tijdig aanleveren, kan de Nza op grond van de Wmg de haar ter beschikking staande handhavingsinstrumenten inzetten. Op grond van artikel 87 van de Wmg kan de Nza aan de zorgverzekeraar voor een afzonderlijke overtreding een bestuurlijke boete van € 10.000.000 opleggen wanneer deze onjuiste of onvolledige informatie verschaft met betrekking tot het aantal verzekerden, hun verzekerdenkenmerken of zijn zorgkosten, noodzakelijk voor de vaststelling van de risicovereveningsbijdrage. Wanneer een zorgverzekeraar niet voldoet aan de voorschriften uit de onderhavige regeling kan de Nza per overtreding een bestuurlijke boete van € 100.000 opleggen. Op grond van artikel 78 van de Wmg kan de Nza een aanwijzing geven aan een Wlz-uitvoerder die niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens de Wet langdurige zorg.

II ZVW

II.1 Aanlevering gegevens Zvw

Het Zorginstituut voert voor de Zvw verschillende taken uit waarvoor de zorgverzekeraars op regelmatige basis gegevens moeten verstrekken. Het gaat met name om de uitvoering van de risicoverevening, het fondsbeheer, de advisering over het pakket en de bevordering en het transparant maken van kwaliteit. Ook de Wlz-uitvoerders moeten gegevens ten behoeve van de risicoverevening aanleveren. Het Zorginstituut dient ter uitvoering van zijn taken de kwaliteit, toegankelijkheid en de kosten van de zorg te bewaken. De wettelijke taken van het Zorginstituut met betrekking tot de vereveningsbijdrage zijn neergelegd in de artikelen 32, 33 en 34 van de Zvw. Op grond daarvan heeft het Zorginstituut tot taak het toekennen en vaststellen van de vereveningsbijdrage en het vaststellen van beleidsregels waarin wordt aangegeven op welke wijze toepassing wordt gegeven aan de bij ministeriële regeling vastgestelde regels (artikel 32, vijfde lid, van de Zvw).

Op grond van artikel 40 van de Zvw is het Zorginstituut fondsbeheerder van het Zorgverzekeringsfonds. In die hoedanigheid dient het Zorginstituut te beschikken over een betrouwbaar overzicht van de kosten van de zorg die in het kader van de Zvw zijn gemaakt. In de rapportages die het Zorginstituut als fondsbeheerder ieder kwartaal aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verstrekt, dient het Zorginstituut verklarende informatie te geven bij opvallende ontwikkelingen in de zorguitgaven.

Op grond van de artikelen 64 tot en met 66 van de Zvw adviseert het Zorginstituut over de inhoud van het basispakket en op grond van de artikelen 66a tot en met 66e van de Zvw voert het Zorginstituut taken uit ter bevordering van de kwaliteit van zorg. Het Zorginstituut heeft als doel de toegang tot goede en zinnige zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk, te bevorderen. Een van de manieren om dit te doen is de systematische analyse van zorg die uit het verzekerde pakket wordt vergoed en het bevorderen van het gepast gebruik van zorg. Hiervoor is het van belang om gegevens over de geleverde zorgprestaties vanuit het uitgavenperspectief te kunnen beoordelen in relatie tot gegevens over de geleverde kwaliteit en de uitkomsten van de zorgprestaties.

De zogenoemde burgerregelingen zijn sinds 1 januari 2017 bij het CAK ondergebracht en niet langer bij het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft met het CAK afgesproken dat het Zorginstituut voor de regeling wanbetalers de gegevensuitvraag bij de zorgverzekeraars in de kwartaalstaten blijft continueren.

De kosten buitenland die via het verbindingsorgaan worden gedeclareerd lopen niet langer via het Zorginstituut, maar via het CAK. De zorgverzekeraars moeten derhalve in hun opgave de informatie van het CAK over kosten buitenland verwerken.

Ten behoeve van de afrekening van de kosten van geneeskundige verzorging met andere EU lidstaten moet de zorgverzekeraar de kosten per rubriek naar leeftijdscategorie opgeven. Het CAK doet op basis

hiervan de opgave aan de EU. Echter, de gegevensuitvraag bij de zorgverzekeraars blijft via het Zorginstituut lopen.

II.2 Handboek Zvw

In het Handboek Zvw heeft het Zorginstituut gedetailleerd opgenomen welke gegevens de zorgverzekeraars en de Wlz-uitvoerders moeten aanleveren. In het Handboek staan geen aanvullende regels met betrekking tot de aanlevering van gegevens en de verantwoording van kosten. Het Handboek is te zien als een uitgebreide en gedetailleerde toelichting op de onderhavige regeling. Het Zorginstituut stelt het Handboek jaarlijks aan iedere zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder beschikbaar. Het Handboek is tevens op de website van het Zorginstituut te raadplegen.

II.3 Kosten

Ten behoeve van de uitvoering van de taken van het Zorginstituut dient de zorgverzekeraar de zorgkosten op te geven die vallen onder de verzekerde zorg. De opgave van de kosten is immers een opgave op grond van de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraar verantwoordt dan ook uitsluitend kosten van prestaties die ten laste van de Zorgverzekeringswet vergoed kunnen worden. Dit brengt als vanzelf met zich mee dat coulanse betalingen, extra verstrekkingen die niet onder de verzekerde zorg vallen via collectiviteiten en kosten na uitschrijving in verband met einde verzekeringsplicht niet verantwoord mogen worden.

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 maximum vergoeding in de aanspraak Zvw. Het spreekt voor zich 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 verantwoorden.

(Inkoop) bonussen en kortingen en andere crediteringen op kosten Zvw moeten ten gunste van de betreffende kosten Zvw worden gebracht (dus in mindering op de kosten van prestaties).

De verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten, 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. Per kostencode dient de balanspost de beste schatting te weerspiegelen. Dit geldt ook voor de geraamde baten en de geraamde lasten in de afzonderlijke specificaties. Bij het berekenen van de beste schatting wordt uitgegaan van geactualiseerde en betrouwbare informatie en realistische aannames. De zorgverzekeraars houden hierbij rekening met eventuele financiële consequenties van de met zorgaanbieders afgesloten contracten.

Zorgverzekeraars maken in toenemende mate inkoopafspraken met zorgaanbieders, waarin gewerkt wordt met contractafspraken zoals bijvoorbeeld lumpsum- of plafondafspraken. Dit houdt in dat zorgaanbieders, ongeacht de gedeclareerde prestaties, uiteindelijk alleen 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 deze 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 codenummers 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 verzekerdeniveau voor de risicoverevening registreert de zorgverzekeraar de kosten van geleverde prestaties op verzekerdeniveau, 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 codenummers, specificaties, verzekerden- bekend zijn, rekent de zorgverzekeraar deze via een logische verdeelsleutel en op kenbare wijze toe aan codes, individuele verzekerden en de deelbedragen. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd. In het protocol van de NZa wordt uiteengezet op welke wijze de lumpsumfinanciering onderwerp van controle is.

Ook als zorgverzekeraars prestaties volgens het representatiemodel inkopen dan moeten de kosten-toerekeningen 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'.

Wat in het onderdeel Kosten over de zorgverzekeraar wordt opgemerkt geldt voor zover van toepassing mutatis mutandis ook voor de Wlz-uitvoerder.

II.4 Formats kwartaal- en jaarstaten, bijlagen 1, 2, 3 en 4

De formats voor de kwartaal- en jaarstaten zijn onderverdeeld in specifieke informatie A en specifieke informatie C. Hierbij staat specifieke informatie A voor de gegevens die het Zorginstituut nodig heeft ten behoeve van haar taken voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. De uitvraag in de specifieke informatie C dient als beleidsinformatie ten behoeve van het Zorginstituut en het Ministerie van VWS.

De gegevens van de specifieke informatie A in de jaarstaat moeten door de zorgverzekeraar met een accountantsproduct worden aangeleverd.

II.5 Rubrieken en codes kwartaal- en jaarstaten

Het Zorginstituut clustert alle kosten van prestaties Zvw op een logische en samenhangende wijze en deelt de kosten toe naar verschillende rubrieken en codes op basis van het Besluit zorgverzekering en de beleidsregels en prestatiebeschrijving- en tariefbeschikkingen van de NZa, voor zover het prestaties Zvw betreft (de beschikkingen van de NZa kunnen ook niet Zvw prestaties bevatten). Het doel van de rubrieken en codes is dat iedere zorgverzekeraar de kosten op dezelfde, eenduidige wijze verantwoordt. De rubrieken 01 tot en met 12 zijn aparte rubrieken per prestatie Zvw (zoals farmaceutische zorg en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg) met een nadere onderverdeling naar codes. De geneeskundige zorg valt uiteen in een rubriek met kosten huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en een rubriek met medisch specialistische zorg. Rubriek 13, diverse overige kosten, betreft onder meer enkele Zvw-prestaties die op grond van de Wmg zijn uitgesloten van prestatiebeschrijving- en tariefbeschikkingen van de NZa. Rubriek 15 betreft enerzijds kosten van prestaties Zvw die zijn gemaakt in het buitenland en worden vergoed op grond van de zorgverzekeringspolis. Anderzijds betreft deze rubriek kosten die zijn gemaakt in het buitenland op basis van de Europese verordening betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels (zoals bijvoorbeeld kosten in het buitenland bij tijdelijk verblijf als de verzekerde gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart/ EHIC) of een verdrag inzake sociale zekerheid tussen Nederland en het betreffende land. Bij rubriek 16 verantwoorden zorgverzekeraars de kwaliteitsgelden. Dit zijn gelden die op grond van verschillende regels en afspraken beschikbaar worden gesteld voor kwaliteitsbeleid in de eerstelijnszorg, medisch specialistische zorg en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

De nadere specificatie van de kosten per code vindt onder meer plaats op basis van de Regeling risicoverevening, de informatiebehoefte vanuit de wettelijke taken fondsbeheer en pakketbeheer van het Zorginstituut en de informatiebehoefte van het ministerie van VWS in het kader van de begrotingscyclus.

Een nadere omschrijving van de codes en de specificaties is opgenomen in het Handboek Zvw.

II.6 Gegevens ten behoeve van de risicoverevening

Van de gegevens die de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut zendt gebruikt het Zorginstituut de volgende gegevens ten behoeve van de risicoverevening:

Jaarstaat, specifieke informatie A, 2019 en 2017

- a. Van de kostenverzamelstaat:
 - Totale kosten Zvw;
 - Totale kosten Medisch specialistische zorg (rubriek 06), alleen 2017;
 - Totale kosten GGZ (rubriek 10);
 - Totale kosten langdurige GGZ (code 661.1, deel rubriek 10), alleen 2019;
 - Totale kosten verpleging en verzorging (rubriek 03), alleen 2019.
- b. Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg
- c. Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg
- d. Specificatie rubriek 16 Kwaliteitsgelden
- e. Specificatie nominale rekenpremie gedetineerden

Kwartaalstaat, specifieke informatie A

De maart-stand van de verzekerdenstanden.

De aanvullende informatie risicoverevening

- a. Bestanden per verzekerde (record lay-outs bijlage 5);
- b. Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN (format bijlage 6);

Met de gegevens per verzekerde bepaalt het Zorginstituut het aantal verzekerden per vereveningscriterium ten behoeve van de toekenning (ex-ante) en de vaststelling (ex-post) van de vereveningsbijdrage

per zorgverzekeraar. Zo worden de farmaciedeclaraties per verzekerde gebruikt om het aantal verzekerden te verdelen naar Farmacie Kostengroepen (FKG's). In de bestanden met declaraties per verzekerde zijn gegevenselementen van de declaratie van een zorgprestatie opgenomen. Niet alle gegevenselementen in het record worden daadwerkelijk gebruikt voor de uitvoering risicoverevening maar deze zijn wel nodig om het totaal te kunnen beoordelen op juistheid. In het protocol van de NZa zijn deze gegevenselementen uitgesloten van de foutdefinitie, met uitzondering van 'het schadebedrag' van de declaratie. Dit is de basis van de declaratie en moet wel 'juist' zijn gevuld.

Daarnaast gebruikt het Zorginstituut de gegevens van de Wlz-uitvoerder voor de risicoverevening, te weten het bestand Wlz-gegevens 2018.

II.7 Format opbrengstverrekening, onderdeel bijlage 2

De gegevens in het format opbrengstverrekening gebruikt de NZa om het marktaandeel van elke zorgverzekeraar per ambulancevoorziening te berekenen. De NZa vermenigvuldigt het marktaandeel met het opbrengstverschil per instelling en geeft uiteindelijk een beschikking af met de verreken- of vereffeningsbedragen.

II.8 Format wanbetalersbijdrage, onderdeel bijlage 2

Deze financiële verantwoording over de wanbetalersbijdrage is voor de Nza noodzakelijk voor hun toezichthoudende taak.

II.9 Record lay-outs uitvraag 2019 risicoverevening, bijlage 5

In de bestanden 'Kosten per verzekerde' neemt de zorgverzekeraar de kosten per verzekerde per deelbedrag op met uitzondering van de kosten van het deelbedrag vaste kosten omdat die voor 100% worden nagecalculeerd. Uit de Regeling risicoverevening is af te leiden welke kosten, en voor welk gedeelte, aan welk deelbedrag toegerekend worden. In het Handboek Zvw is gedetailleerd beschreven welke kosten het per deelbedrag betreft. Ook is opgenomen op welke wijze de zorgverzekeraar de opbrengstverrekeningen via de NZa verwerkt in het bestand 'Kosten per verzekerde'.

II.10 Format Opgave verzekerden zonder (geverifieerd) BSN, bijlage 6

De gegevensuitvraag betreffende verzekerden zonder BSN is zowel in het Handboek als in bijlage 6 bij deze Regeling beschreven. De zorgverzekeraar wordt geacht zich in te spannen om zo spoedig mogelijk het BSN nummer van de verzekerde vast te leggen, behoudens de in de toelichting opgenomen uitzonderingen waarvoor dit niet mogelijk is. Van deze verzekerden moeten de zorgverzekeraars enige gegevens aanleveren.

III Wlz

III.1 Aanleveren gegevens Wlz

Het Zorginstituut voert ter uitvoering van de Wlz verschillende taken uit waarvoor de Wlz-uitvoerders (doorgaans in hun functie van zorgkantoor) op regelmatige basis gegevens moeten verstrekken. Het gaat met name om de uitvoering van het fondsbeheer, de advisering over het pakket, de bevordering en het transparant maken van kwaliteit en het signaleren van feitelijke ontwikkelingen op het gebied van de vraag naar en het aanbod van zorg. Het Zorginstituut dient ter uitvoering van zijn taken de kwaliteit, toegankelijkheid en de kosten van de zorg te bewaken. Op grond van artikel 89 van Wet financiering sociale verzekeringen is het Zorginstituut beheerder van het Fonds langdurige zorg. In die hoedanigheid dient het Zorginstituut te beschikken over een betrouwbaar en actueel overzicht van de kosten van de zorg die in het kader van de Wlz zijn gemaakt. In de rapportages die het Zorginstituut als fondsbeheerder ieder kwartaal aan het ministerie van VWS verstrekt, dient het Zorginstituut opvallende ontwikkelingen in de zorguitgaven te verklaren.

III.2 Handboek Wlz

In het Handboek Wlz heeft het Zorginstituut gedetailleerd opgenomen welke gegevens de Wlz-uitvoerders moeten aanleveren. In het Handboek Wlz staan geen aanvullende regels met betrekking tot de aanlevering van gegevens en de verantwoording van kosten. Het Handboek Wlz is te zien als een uitgebreide en gedetailleerde toelichting op de onderhavige regeling. Het Zorginstituut stelt het Handboek Wlz jaarlijks aan iedere Wlz-uitvoerder beschikbaar. Het Handboek Wlz is tevens op de website van het Zorginstituut te raadplegen.



Aan deze regeling wordt terugwerkende kracht verleend tot en met 1 maart 2020.

Voorzitter Raad van Bestuur
S. Wijma