



Regeling van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 25 mei 2021, referentie 2021011745, houdende regels met betrekking tot de structurele aanlevering van gegevens Zorgverzekeringswet 2021 en gegevens Wet langdurige zorg 2021 (Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2021)

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 met accountantsproduct vanaf oplevering 2020, 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;
- *catastrofebijdrage*: bijdrage als bedoeld in artikel 33, tweede lid, van de Zvw;
- *CBS*: Centraal Bureau voor de Statistiek;
- *COVID-19*: de ziekte die door het virus SARS-CoV-2 veroorzaakt wordt;
- *COVID-patiënten*: verzekerden die COVID-19 hebben of waarvoor de medische verdenking bestaat dat zij COVID-19 hebben;
- *COVID-zorg*: zorg die aan COVID-patiënten geboden wordt voor de behandeling van COVID-19 of voor het herstel van COVID-19;
- *CPB*: Centraal Planbureau;
- *coronakosten*: kosten voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van de coronapandemie;
- *coronapandemie*: pandemie ten gevolge van het SARS-CoV-2 virus die een catastrofe is als bedoeld in artikel 33, eerste lid, van de Zvw;
- *direct patiëntgebonden COVID-kosten*: reguliere directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten, welke kosten bepaald zijn met de declaratiecodes en de rekenregels die zijn opgenomen in bijlage 1 bij de beleidsregels catastrofereregeling 2020 en 2021 COVID-19;
- *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 2021, 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 2021, 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;
- *prestatie continuïteitsbijdrage*: kosten die voldoen aan de voorwaarden, voorschriften en beperkingen voor de continuïteitsbijdrage als gesteld in de Prestatiebeschrijving- beschikking continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus van de NZa (TB/REG-20656-01);
 - *prestatie meerkosten*: kosten die voldoen aan de voorwaarden, voorschriften en beperkingen voor de meerkosten als gesteld in de Prestatiebeschrijvingbeschikking continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus van de NZa (TB/REG-20656-01);
 - *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*: Zorgverzekeringwet.

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, op de genoemde datum in 2021 aan, met uitzondering van de gegevens die zien op de Wlz. Voor de gegevens vierde kwartaalstaat is de aanleverdatum overeenkomstig onderstaand schema in 2022. 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 en jaarstaten, onderdeel C, Huisartsenzorg en MDZ (alleen jaarstaat), Verpleging en Verzorging, Mondzorg, Verloskundige zorg, Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, GRZ- ELV-GZSP en Kraamzorg kan de zorgverzekeraar vervangen door de aanlevering van de declaratiegegevens over de prestaties van genoemde specialismen via Vektis.
3. De Wlz-uitvoerder levert het elektronisch bestand Wlz-gegevens 2020 als bedoeld in het onderstaande Schema Zvw, alsmede de verlangde bestuursverklaring en het accountantsproduct, op 1 juni 2021 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 2020 ^{1*} , onderdeel A en C, met inachtneming van het format jaarstaat 2020, onderdelen A en C, en de record lay-out contractinformatie, bedoeld in respectievelijk bijlage 2 en bijlage 4 van deze regeling	1 mei 2021
Het elektronische bestand kosten per verzekerde 2018 ² met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2021, risicoverevening, kosten per verzekerde 2018 bedoeld in bijlage 5 van deze regeling	1 mei 2021
Het elektronische bestand kosten per verzekerde 2019 ³ met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2021, risicoverevening, kosten per verzekerde 2019 bedoeld in bijlage 5 van deze regeling en bestuursverklaring	1 mei 2021
Het elektronische bestand farmaciegegevens 2020 ² met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2021, risicoverevening, farmaciegegevens 2020 bedoeld in bijlage 5 van deze regeling	1 juni 2021
Het elektronische bestand hulpmiddelgegevens 2020 ² met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2021, risicoverevening, hulpmiddelen 2020 bedoeld in bijlage 5 van deze regeling	1 juni 2021
Het elektronische bestand DBC-gegevens 2019 ² met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2021, risicoverevening, DBC's somatisch 2019 bedoeld in bijlage 5 van deze regeling	1 juni 2021
De elektronische bestanden verzekerde periode en persoonskenmerken 2020 ² met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2021, risicoverevening, Verzekerde periode en persoonskenmerken 2020 bedoeld in bijlage 5 en het format in bijlage 6 van deze regeling	1 juni 2021
Het elektronische bestand persoonskenmerken 1 mei 2021 ² met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2021, risicoverevening, Persoonskenmerken 2021 bedoeld in bijlage 5 van deze regeling	1 juni 2021

Wat?	Wanneer?
Het elektronische bestand gegevens GGZ 2019 ² met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2021, risicoverevening, gegevens GGZ 2019 bedoeld in bijlage 5 van deze regeling en bestuursverklaring	1 juni 2021
Het elektronische bestand add-on geneesmiddelen 2019 ² met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2021, risicoverevening, add-ons geneesmiddelen 2019 bedoeld in bijlage 5 van deze regeling	1 juni 2021
Het elektronische bestand fysio- en oefentherapiegegevens 2020 ² met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2021, risicoverevening, fysio- en oefentherapiegegevens 2020 bedoeld in bijlage 5 van deze regeling	1 juni 2021
Het elektronisch bestand Wlz-gegevens 2020 ² met inachtneming van de record lay-outs uitvraag 2021, risicoverevening, Wlz-gegevens 2020 bedoeld in bijlage 5 van deze regeling	1 juni 2021
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 2021
Het elektronische bestand Contractinformatie medisch specialistische zorg 2020 met inachtneming van de record lay-out contractinformatie, bedoeld in bijlage 4 van deze regeling	30 november 2021
Het elektronische bestand kwartaalstaat Zvw, onderdeel A en C, 1 ^e , 2 ^e , 3 ^e en 4 ^e kwartaal 2021 met inachtneming van het format kwartaalstaat 2021 (4 ^e kwartaal contractinformatie met inachtneming van het format kwartaalstaat 2022), onderdelen A en C, en de record lay-out contractinformatie, in 2 ^e kwartaal over 2021, in 4 ^e kwartaal over 2022, bedoeld in respectievelijk bijlage 1 en bijlage 3 van deze regeling	Respectievelijk 28 april 2021, 28 juli 2021, 28 oktober 2021 en 28 januari 2022
Het elektronische bestand kwartaalstaat Zvw 1 ^e kwartaal verzekerdstanden 2021 ³ met inachtneming van het format kwartaalstaat 2021, onderdeel A 'Verzekerdstanden naar leeftijd en geslacht' bedoeld in bijlage 1 van deze regeling en bestuursverklaring bij de maartstand	7 maart 2021

- ¹ Voor de met drie sterretjes aangeduide gegevens (jaarstaat 2020) geldt dat de jaarlaag 2020 met alleen een bestuursverklaring moet worden aangeleverd. De jaarlagen 2019 en 2018, als ook de informatie wanbetalersbijdrage 2020 moeten met een accountantsproduct conform de accountantsprotocollen van de NZa en een bestuursverklaring aan het Zorginstituut worden aangeleverd.
- ² De met een sterretje aangeduide gegevens moeten met een accountantsproduct conform de accountantsprotocollen van de NZa en een bestuursverklaring aan het Zorginstituut worden aangeleverd.
- ³ 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, op de genoemde datum in 2021 aan. Voor de gegevens vierde kwartaalstaat is de aanleverdatum overeenkomstig onderstaand schema in 2022.
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 als bedoeld in het schema Wlz, via Vektis.
3. De Wlz-uitvoerder met één of meer zorgkantoren levert de in het onderstaande Schema Wlz bedoelde gegevens alsmede de verlangde bestuursverklaring, op 12 augustus 2021 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 één 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 2021 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 2021, 12 augustus 2021, 12 november 2021 en 12 februari 2022
Het elektronische bestand kwartaalstaat Wlz 2 ^e kwartaal aantal PGB-houders op 30 juni 2021 ¹ met inachtneming van het format kwartaalstaat 2021 'PGB' bedoeld in bijlage 8 van deze regeling	Zorgkantoor	12 augustus 2021

Wat?	Door wie?	Wanneer?
Het elektronische bestand kwartaalstaat Wlz 2 ^e kwartaal aantal PGB-houders met huisbezoeken in 2020 ¹ met inachtneming van het format kwartaalstaat 2021 'PGB' bedoeld in bijlage 8 van deze regeling	Zorgkantoor	12 augustus 2021
Het elektronische bestand kwartaalstaat Wlz 4 ^e kwartaal aantal PGB-houders met bewust-keuze gesprekken in 2021 ¹ met inachtneming van het format kwartaalstaat 2021 'PGB' bedoeld in bijlage 8 van deze regeling	Zorgkantoor	12 februari 2022
Het elektronische bestand kwartaalstaat Wlz Beheerskosten, met inachtneming van het format kwartaalstaat 2021 bedoeld in bijlage 8 van deze regeling	Zorgkantoor	Respectievelijk 13 mei 2021, 12 augustus 2021, 12 november 2021 en 12 februari 2022
Het elektronische bestand kwartaalstaat Wlz 2 ^e kwartaal verzekerdenstanden 2021 ¹ met inachtneming van het format kwartaalstaat 2021 'Specificatie van het totaal aantal Wlz verzekerden' bedoeld in bijlage 8 van deze regeling	Wlz-uitvoerder met een of meer zorgkantoren	12 augustus 2021
Uitvoeringsgegevens uit de iWlz, met behulp van het iWlz-bericht AW317	Wlz-uitvoerder met een of meer zorgkantoren	Maandelijks, na dag 7

¹ De met een sterretje aangeduide gegevens worden met een bestuursverklaring aan het Zorginstituut geleverd.

Artikel 4 Coronakosten Zvw

1. Zorgverzekeraars leveren de Coronakosten gesplitst aan conform de formats in bijlage 1.
2. In overeenstemming met artikel 6.6.5, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering bestaan de coronakosten voor de Zvw uit:
 - a. reguliere directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten, welke kosten bepaald zijn met de declaratiecodes en rekenregels die zijn opgenomen in bijlage 1 van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021;
 - b. de toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de coronapandemie, welke kosten berekend zijn met de declaratiecodes voor de toeslagen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021;
 - c. de indirecte meerkosten op grond van de prestatie meerkosten indien aan de volgende twee vereisten is voldaan:
 - de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder hebben voor die kosten een schriftelijke afspraak gemaakt, de kosten hebben alleen betrekking op de basisverzekering en de zorgverzekeraar heeft de kosten werkelijk betaald overeenkomstig die schriftelijke afspraak; en
 - de hoogte van de indirecte meerkosten is plausibel, conform artikel 2, tweede lid, onder a, b en c van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021;
 - d. de in het eerste lid, onder a en b genoemde kosten worden op de voor de risicoverevening gebruikelijke manier toegerekend aan het jaar 2020 of 2021;
 - e. de indirecte meerkosten, genoemd in het eerste lid, onder c, worden op basis van de schriftelijke afspraken tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders toegerekend aan het jaar 2020 of 2021.
3. In overeenstemming met artikel 6.6.5, derde lid, van de regeling zorgverzekering komen de volgende kosten niet in aanmerking voor een catastrofebijdrage:
 - a. kosten voor de continuïteitsbijdrage;
 - b. kosten waarvoor de zorgverzekeraar compensatie krijgt ten laste van de rijksbegroting bedoeld in artikel 2.1 van de Comptabiliteitswet 2016, zoals de kosten op grond van artikel 2.29a, vijfde lid, van de regeling zorgverzekering voor het doorbetalen van de niet-geleverde zorg ten laste van het Zvw-pgb;
 - c. kosten die voor rekening van verzekerden zijn gekomen op grond van het verplicht eigen risico.
4.
 - a. De zorgverzekeraars houden bij welk deel van de reguliere directe kosten voor rekening van de verzekerden komt op grond van het verplicht eigen risico van verzekerden. Indien dit deel niet rechtstreeks uit de administratie van de zorgverzekeraar is te bepalen accepteert het Zorginstituut daarbij een bepaling van het verplicht eigen risico voor COVID-zorg zoals gespecificeerd onder b.
 - b. Een zorgverzekeraar kan het verplicht eigen risico voor COVID-zorg per verzekerde bepalen door eerst op het jaarlijks verplichte eigen risico van maximaal € 385 het verplichte eigen risico op basis van de kosten van de reguliere zorg van die verzekerde in mindering te brengen. Bij de kosten van de reguliere zorg blijven de kosten van de prestaties waarvoor geen verplicht eigen risico geldt buiten beschouwing. Als het maximum dan nog niet is bereikt, is het restant het verplicht eigen risico op de kosten voor COVID-zorg.



Artikel 5 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 6 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 7 Inwerkingtreding

1. Deze regeling heeft betrekking op de gegevensaanlevering in de periode van 1 maart 2021 tot 1 maart 2022 en vervalt met ingang van 1 maart 2022, 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 2021.

Artikel 8 Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2021.

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

Voorzitter Raad van Bestuur
S. Wijma



BIJLAGE 1

Format kwartaalstaat 2021, specifieke informatie A

Reguliere Kostenverzamelstaat

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2021		LASTEN 2020		LASTEN 2019 EN OUDER	
	LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2021	LASTEN 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	LASTEN 2019 EN OUDER inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 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					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	801		0	0		
Meerkosten Corona, indirect	301.1					
Meerkosten Corona, toeslagen	301.2					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	821					
TOTAAL RUBRIEK 01		0	0	0	0	0
02 FARMACEUTISCHE ZORG						
Farmaceutische zorg	520					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	802		0	0		
Meerkosten Corona, indirect	302.1					
Meerkosten Corona, toeslagen	302.2					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	822					
TOTAAL RUBRIEK 02		0	0	0	0	0
03 VERPLEGING EN VERZORGING						
Kosten van verpleging en verzorging	530					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	803		0	0		
Meerkosten Corona, indirect	303.1					
Meerkosten Corona, toeslagen	303.2					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	823					
TOTAAL RUBRIEK 03		0	0	0	0	0
04 MONDZORG						
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	560.1					
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	560.2					
Kosten gebitsprothesen	561					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	804		0	0		
Meerkosten Corona, indirect	304.1					
Meerkosten Corona, toeslagen	304.2					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	824					
TOTAAL RUBRIEK 04		0	0	0	0	0
05 VERLOSKUNDIGE ZORG						
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580					
Kosten integrale geboortezorg	582					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	805		0	0		
Meerkosten Corona, indirect	305.1					
Meerkosten Corona, toeslagen	305.2					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	825					
TOTAAL RUBRIEK 05		0	0	0	0	0



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	code	LASTEN 2021		LASTEN 2020		LASTEN 2019 EN OUDER	
		LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2021	LASTEN 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	LASTEN 2019 EN OUDER inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG							
Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545						
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610						
Overige zorgproducten	611						
Kosten add-ons - Dure geneesmiddelen	612.1						
Kosten add-ons - IC	612.2						
Integrale kosten van DBC-zorgproduct (gereguleerde segment	613.1						
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1						
Integrale kosten extramuraal werkende (specialisten	619						
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	806			0	0		
Meerkosten Corona, indirect	806.1						
Meerkosten Corona, toeslagen	806.2						
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	826						
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						
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	807			0	0		
Meerkosten Corona, indirect	807.1						
Meerkosten Corona, toeslagen	807.2						
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	827						
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0	0	0
08 HULPMIDDELENZORG							
Hulpmiddelenzorg	640						
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	808			0	0		
Meerkosten Corona, indirect	808.1						
Meerkosten Corona, toeslagen	808.2						
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	828						
TOTAAL RUBRIEK 08		0	0	0	0	0	0
09 ZIEKENVERVOER							
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650						
Opbrengstenverrekeningen regionale ambulance-voorzieningen	650.1						
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi (in eigen auto	651						
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	809			0	0		
Meerkosten Corona, indirect	809.1						
Meerkosten Corona, toeslagen	809.2						
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	829						
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						
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	810			0	0		
Meerkosten Corona, indirect	810.1						
Meerkosten Corona, toeslagen	810.2						
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	830						
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0	0	0



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVING

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	code	LASTEN 2021		LASTEN 2020		LASTEN 2019 EN OUDER	
		LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2021	LASTEN 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	LASTEN 2019 EN OUDER inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
11 GRZ, ELV EN GZSP							
Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	670						
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.1			0	0		
Meerkosten Corona, indirect	311.1.1						
Meerkosten Corona, toeslagen	311.1.2						
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.1						
Eerstelijnsverblijf (ELV)	671						
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.2			0	0		
Meerkosten Corona, indirect	311.2.1						
Meerkosten Corona, toeslagen	311.2.2						
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.2						
Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)	672						
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.3			0	0		
Meerkosten Corona, indirect	311.3.1						
Meerkosten Corona, toeslagen	311.3.2						
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.3						
TOTAAL RUBRIEK 11		0	0	0	0	0	0
12 KRAAMZORG							
Kraamzorg	680						
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	812			0	0		
Meerkosten Corona, indirect	312.1						
Meerkosten Corona, toeslagen	312.2						
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	832						
TOTAAL RUBRIEK 12		0	0	0	0	0	0
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN							
Overige kosten	700						
Overige geneeskundige zorg	701						
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702						
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	813			0	0		
Meerkosten Corona, indirect	313.1						
Meerkosten Corona, toeslagen	313.2						
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	833						
TOTAAL RUBRIEK 13		0	0	0	0	0	0
15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG							
Kosten via verzekeraar	720						
Kosten via verbindingorgaan	721						
TOTAAL RUBRIEK 15		0	0	0	0	0	0
16 KWALITEITSGELDEN							
Kwaliteitsgelden	730						
TOTAAL RUBRIEK 16		0	0	0	0	0	0
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)		0	0	0	0	0	0

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



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2021 inclusief balanspost
Variabele zorgkosten	
Vaste zorgkosten	
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	
TOTAAL lasten (bruto-schade, definitie ZIN)	0

VERZEKERDENSTAND NAAR RISICOKLASSE

Peildatum: datum van nominale premieprolongatie
voor de maand MAART 2021

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 2021

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



Format kwartaalstaat catastroferegeling 2021, specifieke informatie A

Kostenverzamelstaat catastroferegeling

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT CATASTROFEREGELING

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



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT CATASTROFEREGELING - vervolg

KOSTENRUBRIEK	Code	COVID-kosten voor verzekerde zorg			
		LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2021	LASTEN 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG					
Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545				
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610				
Overige zorgproducten	611				
Kosten add-ons - Dure geneesmiddelen	612.1				
Kosten add-ons - IC	612.2				
Integrale kosten van DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613.1				
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1				
Integrale kosten extramuraal werkende specialisten	619				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	806				
Meerkosten Corona, indirect	806.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	806.2				
TOTAAL RUBRIEK 06		0	0	0	0
07 PARAMEDISCHE ZORG					
Kosten fysiotherapie	620				
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621				
Kosten logopedie	623				
Kosten ergotherapie	624				
Kosten dieetadvisering	625				
Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	626				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	807				
Meerkosten Corona, indirect	807.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	807.2				
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0
08 HULPMIDDELENZORG					
Hulpmiddelenzorg	640				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	808				
Meerkosten Corona, indirect	808.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	808.2				
TOTAAL RUBRIEK 08		0	0	0	0
09 ZIEKENVERVOER					
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650				
Opbrengstenverrekeningen regionale ambulance-voorziening	650.1				
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto	651				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	809				
Meerkosten Corona, indirect	809.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	809.2				
TOTAAL RUBRIEK 09		0	0	0	0



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT CATASTROFEREGELING - vervolg

KOSTENRUBRIEK	Code	COVID-kosten voor verzekerde zorg			
		LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2021	LASTEN 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG					
Kosten specialistische GGZ met verblijf	661				
Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3)	661.1				
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf	662				
Generalistische basis GGZ	665				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	810				
Meerkosten Corona, indirect	810.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	810.2				
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0
11 GRZ, ELV EN GZSP					
Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	670				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.1				
Meerkosten Corona, indirect	811.1.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	811.1.2				
Eerstelijnsverblijf (ELV)	671				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.2				
Meerkosten Corona, indirect	811.2.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	811.2.2				
Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)	672				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.3				
Meerkosten Corona, indirect	811.3.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	811.3.2				
TOTAAL RUBRIEK 11		0	0	0	0
12 KRAAMZORG					
Kraamzorg	680				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	812				
Meerkosten Corona, indirect	812.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	812.2				
TOTAAL RUBRIEK 12		0	0	0	0



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT CATASTROFEREGELING - vervolg

KOSTENRUBRIEK	code	COVID-kosten voor verzekerde zorg			
		LASTEN 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2021	LASTEN 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN					
Overige kosten	700				
Overige geneeskundige zorg	701				
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	813				
Meerkosten Corona, indirect	813.1				
Meerkosten Corona, toeslagen	813.2				
TOTAAL RUBRIEK 13		0	0	0	0
15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG					
Kosten via verzekeraar	720				
Kosten via verbindingorgaan	721				
TOTAAL RUBRIEK 15		0	0	0	0
16 KWALITEITSGELDEN					
Kwaliteitsgelden	730				
TOTAAL RUBRIEK 16		0	0	0	0
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)		0	0	0	0

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT CATASTROFEREGELING

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

Instructie verantwoording kostenverzamelstaat, regulier en catastrofereregeling, kwartaalstaat

In bovenstaande formats wordt de continuïteitsbijdrage omschreven als 'netto continuïteitsbijdrage', de indirecte meerkosten en toeslagen worden omschreven als 'meerkosten, indirect en toeslagen'. Met deze verschillende benamingen is geen inhoudelijk verschil beoogd ten opzichte van definities prestatie continuïteitsbijdrage en prestatie meerkosten.

De toevoeging 'netto' aan de continuïteitsbijdrage maakt duidelijk dat het alleen de nettobijdrage met betrekking tot de Basisverzekering betreft.

Voor jaarlaag 2020 geldt dat direct patiëntgebonden COVID-kosten, de indirecte meerkosten en toeslagen zowel opgenomen worden in de reguliere kostenverzamelstaat (voor de risicoverevening) als in de kostenverzamelstaat catastrofereregeling.

Hierbij geldt voor jaarlaag 2020 het volgende uitgangspunt:

- Kostenverzamelstaat Risicoverevening (regulier) = reguliere kosten + continuïteitsbijdrage + direct patiëntgebonden COVID-kosten + indirecte meerkosten en toeslagen.
- Kostenverzamelstaat catastrofereregeling = direct patiëntgebonden COVID-kosten + indirecte meerkosten en toeslagen.

Voor de jaarlaag 2021 geldt dat de kosten voor de catastrofereregeling gescheiden worden van de kosten van de Risicoverevening. De twee tabellen tezamen (reguliere kostenverzamelstaat en



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

- Kostenverzamelstaat Risicoverevening (regulier) = reguliere kosten + continuïteitsbijdrage.
- Kostenverzamelstaat catastroferegeling = direct patiëntgebonden COVID-kosten + indirecte meerkosten en toeslagen.

Tabellen Reguliere kostenverzamelstaat

Kolom 1: Lasten 2021 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, geopende DBC's en de continuïteitsbijdrage.
- 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's, de continuïteitsbijdrage en de meest actuele raming van de over het hele jaar nog te ontvangen declaraties voor in de verslagperiode verleende zorg, geopende DBC's en de continuïteitsbijdrage. 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 2021

In de tweede kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de in de verslagperiode ontvangen declaraties voor in de verslagperiode aan verzekerden verleende zorg, geopende DBC's en de continuïteitsbijdrage.

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

Kolom 3: Lasten 2020 inclusief balanspost

In de derde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in 2020) ontvangen declaraties met betrekking tot in 2020 aan verzekerden verleende zorg, in 2020 geopende DBC's, coronakosten en de continuïteitsbijdrage.
- de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op de in 2020 verleende zorg, in 2020 geopende DBC's en coronakosten en de continuïteitsbijdrage en de meest actuele schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in 2020 verleende zorg, in 2020 geopende DBC's en coronakosten en de continuïteitsbijdrage. 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. 2020

In de vierde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode ontvangen declaraties met betrekking tot 2020 aan verzekerden verleende zorg, in 2020 geopende DBC's en coronakosten en de continuïteitsbijdrage.

Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost jaar 2020.

Kolom 5: Lasten 2019 en ouder inclusief balanspost

In de vijfde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in 2020 en 2019) ontvangen declaraties met betrekking tot in 2019 aan verzekerden verleende zorg, in 2019 geopende DBC's en de continuïteitsbijdrage GGZ en tevens de in de verslagperiode ontvangen declaraties met betrekking tot de jaren ouder dan 2019.
- de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op de in 2019 en ouder verleende zorg, in 2019 of eerder geopende DBC's en de continuïteitsbijdrage GGZ en de meest actuele schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in 2019 en ouder verleende zorg, in 2019 of eerder geopende DBC's en de continuïteitsbijdrage GGZ. 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. 2019 en ouder

In de zesde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in 2020 en 2019) ontvangen declaraties met betrekking tot in 2019 aan verzekerden verleende zorg, in 2019 geopende DBC's en



de continuïteitsbijdrage GGZ en de in de verslagperiode ontvangen declaraties met betrekking tot de jaren ouder dan 2019.

Het verschil tussen kolom 5 en kolom 6 betreft dus de balanspost 2019 en ouder.

Tabellen catastrofe kostenverzamelstaat

Kolom 1: Lasten 2021 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/geopende DBC's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de indirecte meerkosten en toeslagen.
- 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's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de indirecte meerkosten en toeslagen en de meest actuele raming van de over het hele jaar nog te ontvangen declaraties voor in de verslagperiode verleende zorg/geopende DBC's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de indirecte meerkosten en toeslagen. 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 2021

In de tweede kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de in de verslagperiode ontvangen declaraties voor in de verslagperiode aan verzekerden verleende zorg/geopende DBC's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de indirecte meerkosten en toeslagen.

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

Kolom 3: Lasten 2020 inclusief balanspost

In de derde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in 2020) ontvangen declaraties met betrekking tot in 2020 aan verzekerden verleende zorg/in 2020 geopende DBC's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de indirecte meerkosten en toeslagen.

de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op de in 2020 verleende zorg/geopende DBC's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de indirecte meerkosten en toeslagen en de meest actuele schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in 2020 verleende zorg of diensten/in 2020 geopende DBC's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de indirecte meerkosten en toeslagen. 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. 2020

In de vierde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode ontvangen declaraties met betrekking tot 2020 aan verzekerden verleende zorg/in 2020 geopende DBC's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de indirecte meerkosten en toeslagen.

Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost jaar 2020.

4^e kwartaalstaat 2021 catastroferegeling

In tegenstelling tot in de eerste drie kwartalen, kwartaal 1 is hierboven weergegeven, worden de meerkosten corona in de 4^e kwartaalstaat gesplitst uitgevraagd. De zorgverzekeraar verantwoordt de meerkosten corona naar 1. Indirecte meerkosten en 2. Toeslagen.



BIJLAGE 2

Format jaarstaat 2020, specifieke informatie A, jaarlaag 2020

Kostenverzamelstaat

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
KOSTENVERZAMELSTAAT

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



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2020		waarvan COVID-kosten (basisverzekering)	
		Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG					
Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545				
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610				
Overige zorgproducten	611				
Kosten addons - Dure geneesmiddelen	612.1				
Kosten add-ons - IC	612.2				
Integrale kosten van DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613.1				
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1				
Integrale kosten extramuraal werkende specialisten	619				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	806			0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	826				
TOTAAL RUBRIEK 06		0	0	0	0
07 PARAMEDISCHE ZORG					
Kosten fysiotherapie	620				
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621				
Kosten logopedie	623				
Kosten ergotherapie	624				
Kosten dieetadvisering	625				
Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	626				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	807			0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	827				
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0
08 HULPMIDDELENZORG					
Hulpmiddelenzorg	640				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	808			0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	828				
TOTAAL RUBRIEK 08		0	0	0	0
09 ZIEKENVERVOER					
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650				
Opbrengstenverrekeningen regionale ambulance-voorziening	650.1				
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto	651				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	809			0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	829				
TOTAAL RUBRIEK 09		0	0	0	0
10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG					
Kosten specialistische GGZ met verblijf	661				
Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3)	661.1				
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf	662				
Generalistische basis GGZ	665				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	810			0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	830				
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2020		waarvan COVID-kosten (basisverzekering)	
		Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
11 GRZ, ELV EN GZSP					
Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	670				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.1			0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.1				
Eerstelijnsverblijf (ELV)	671				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.2			0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.2				
Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)	672				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.3			0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.3				
TOTAAL RUBRIEK 11		0	0	0	0
12 KRAAMZORG					
Kraamzorg	680				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	812			0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	832				
TOTAAL RUBRIEK 12		0	0	0	0
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN					
Overige kosten	700				
Overige geneeskundige zorg	701				
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702				
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	813			0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	833				
TOTAAL RUBRIEK 13		0	0	0	0
15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG					
Kosten via verzekeraar	720				
Kosten via verbindingorgaan	721				
TOTAAL RUBRIEK 15		0	0	0	0
16 KWALITEITSGELDEN					
Kwaliteitsgelden	730				
TOTAAL RUBRIEK 16		0	0	0	0
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)		0	0	0	0

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT

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



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2020 inclusief balanspost
Variabele zorgkosten	
Vaste zorgkosten	
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	
TOTAAL kosten	0

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2020 inclusief balanspost
Kosten SKION en NTS (deel code 610)	

CODE 611 - OVERIGE ZORGPRODUCTEN	Lasten 2020 inclusief balanspost
Kosten van ozp-stollingsfactoren (artikel 1, regeling risicoverevening)	

CODE 612.1 - KOSTEN ADD-ONS DURE GENEESMIDDELEN	Lasten 2020 inclusief balanspost
Kosten add-ons - Dure geneesmiddelen (artikel 1, regeling risicoverevening)	

RUBRIEK 15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG

CODE 720 - KOSTEN GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERZEKERAAR	Lasten 2020 inclusief balanspost
Variabele zorgkosten	
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	
TOTAAL CODE 720 kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar	0

CODE 721 - KOSTEN GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERBINDINGSORGAAN	Lasten 2020 inclusief balanspost	
Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via CAK	Behandeling in het buitenland met toepassing van artikel 20. EG-verordening 883/2004 of overeenkomstige verdragsbepaling	
	Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf in het buitenland van 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 verbindingsorgaan	0	



Vervolg

RUBRIEK 16 KWALITEITSGELDEN

CODE 730 - KWALITEITSGELDEN	Lasten 2020 inclusief balanspost
Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ	
Kosten regionale ondersteuning en eerstelijnszorg	
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten	
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten	
Kosten Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg	
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden wijkverpleging	
TOTAAL code 730	0

BEREKENDE NOMINALE REKENPREMIES GEDETINEERDEN

	BEDRAG
Totaal berekende nominale rekenpremies 2020 tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder	



Format jaarstaat 2020, specifieke informatie A, jaarlaag 2019 en 2018 en Wanbetalersbijdrage

Kostenverzamelstaat

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2020		LASTEN 2019		LASTEN 2018 EN OUDER
		Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
01 HUISARTSENZORG EN MDZ						
Bijzondere betalingen	ƒ 503					
Avond-, nacht- en weekenddiensten	ƒ 504					
Inschrijftarieven	ƒ 505					
Consulttarieven	ƒ 506					
Overige tarieven	ƒ 507					
Multidisciplinaire zorg	ƒ 510					
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen	ƒ 515					
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ	ƒ 516					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	ƒ 801					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	ƒ 821					
TOTAAL RUBRIEK 01		0	0	0	0	0
02 FARMACEUTISCHE ZORG						
Farmaceutische zorg	ƒ 520					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	ƒ 802					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	ƒ 822					
TOTAAL RUBRIEK 02		0	0	0	0	0
03 VERPLEGING EN VERZORGING						
Kosten van verpleging en verzorging	ƒ 530					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	ƒ 803					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	ƒ 823					
TOTAAL RUBRIEK 03		0	0	0	0	0
04 MONDZORG						
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	560.1					
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	560.2					
Kosten gebitsprothesen	561					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	804					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	824					
TOTAAL RUBRIEK 04		0	0	0	0	0
05 VERLOSKUNDIGE ZORG						
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580					
Kosten verloskundige zorg door huisartsen	581					
Kosten Integrale geboortezorg	582					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	805					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	825					
TOTAAL RUBRIEK 05		0	0	0	0	0



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2020		LASTEN 2019		LASTEN 2018 EN OUDER
		Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG						
Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545					
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610					
Overige zorgproducten	611					
Kosten add-ons	612					
Kosten add-ons - Dure geneesmiddelen	612.1					
Kosten add-ons - IC	612.2					
Integrale kosten DBC-zorgproduct gereuleerde segment	613.1					
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1					
Integrale kosten extramuraal werkende specialisten	619					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	806					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	826					
TOTAAL RUBRIEK 06		0	0	0	0	0
07 PARAMEDISCHE ZORG						
Kosten fysiotherapie	620					
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621					
Kosten logopedie	623					
Kosten ergotherapie	624					
Kosten dieetadvisering	625					
Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	626					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	807					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	827					
TOTAAL RUBRIEK 07		0	0	0	0	0
08 HULPMIDDELENZORG						
Hulpmiddelenzorg	640					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	808					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	828					
TOTAAL RUBRIEK 08		0	0	0	0	0
09 ZIEKENVERVOER						
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650					
Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieninge	650.1					
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi (an eigen auto	651					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	809					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	829					
TOTAAL RUBRIEK 09		0	0	0	0	0
10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG						
Kosten specialistische GGZ met verblijf	661					
Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3)	661.1					
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf	662					
Generalistische basis GGZ	665					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	810					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	830					
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0	0



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2020		LASTEN 2019		LASTEN 2018 EN OUDER
		Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
11 GERIATRISCHE REVALIDATIE EN EERSTELIJNSVERBLIJF						
Geriatrische Revalidatie	670					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.1					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.1					
Eerstelijnsverblijf	671					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.2					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.2					
Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)	672					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	811.3					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	831.3					
TOTAAL RUBRIEK 11		0	0	0	0	0
12 KRAAMZORG						
Kraamzorg	680					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	812					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	832					
TOTAAL RUBRIEK 12		0	0	0	0	0
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN						
Overige kosten	700					
Overige geneeskundige zorg	701					
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702					
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	813					
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	833					
TOTAAL RUBRIEK 13		0	0	0	0	0
15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG						
Kosten via verzekeraar	720					
Kosten via verbindingsorgaan	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 ZVV		Totale baten 2020 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2020	Totale baten 2019 inclusief balanspost	waarvan ontvangen m.b.t. 2019	Totale baten 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					
NETTO PREMIEOPBRENGSTEN	940					



Vervolg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
Variabele zorgkosten	0	
Vaste zorgkosten	0	
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	0	
TOTAAL kosten	0	0

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
Kosten SKION en NTS (deel code 610)	0	

CODE 612 - KOSTEN ADD-ONS	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
Add-ons dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1, regeling risicoverevening)	0	

RUBRIEK 15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG

CODE 720 - KOSTEN GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERZEKERAAR	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
Variabele zorgkosten	0	
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	0	
TOTAAL CODE 720 kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar	0	0

CODE 721 - KOSTEN GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERBINDINGSORGAAN	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via CAK	Behandeling in het buitenland met toepassing van artikel 20. EG-verordening 883/2004 of overeenkomstige verdragsbepaling	0
	Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf in het buitenland van Zww verzekerden die wonen in Nederland	0
	Kosten gemaakt in het buitenland van Zww verzekerden die wonen in het buitenland	0
TOTAAL CODE 721 kosten gemaakt in het buitenland, via verbindingorgaan	0	0



Vervolg

RUBRIEK 16 KWALITEITSGELDEN

CODE 730 - KWALITEITSGELDEN	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018 en ouder
Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ		
Kosten regionale ondersteuning en eerstelijnszorg		
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten		
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten		
Kosten Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg		
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden wijkverpleging		
TOTAAL code 730	0	0

WANBETALERSBIJDRAGE

JAARSTAAT	VERSLAGJAAR 2020	CORRECTIE VOORGAANDE JAREN		TOTAAL
		2019	2018 en voorgaande jaren	
AANTAL PREMIEMAANDEN				
STANDAARDPREMIE	€ 136,83	€ 134,08		
TOTALE BIJDRAGE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0	€ 0,00

Ontvangen voorschot jaar T	€ 0
----------------------------	-----

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

Instructie verantwoording kosten jaarstaat

In bovenstaande formats wordt de continuïteitsbijdrage omschreven als 'netto continuïteitsbijdrage', de indirecte meerkosten en toeslagen worden omschreven als 'meerkosten, indirect en toeslagen'. Met deze verschillende benamingen is geen inhoudelijk verschil beoogd ten opzichte van definities prestatie continuïteitsbijdrage en prestatie meerkosten.

De toevoeging 'netto' aan de continuïteitsbijdrage maakt duidelijk dat het alleen de nettobijdrage met betrekking tot de Basisverzekering betreft.

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.

De tabel jaarlaag 2020

Kolom 1: Lasten 2020 inclusief Balanspost

In de eerste kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2020 ontvangen declaraties voor de in 2020 aan verzekerden verleende zorg, in 2020 geopende DBC's en coronakosten en continuïteitsbijdrage.
- de balanspost: de declaraties die na 31 december 2020 zijn ontvangen en betrekking hebben op de in 2020 verleende zorg, in 2020 geopende DBC's en coronakosten en continuïteitsbijdrage en de meest actuele raming van de na 31 december 2020 nog te ontvangen declaraties voor de in 2020 verleende zorg, in 2020 geopende DBC's en coronakosten en continuïteitsbijdrage. 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. 2020

In de tweede kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2020 ontvangen declaraties voor de in 2020 aan verzekerden verleende zorg, in 2020 geopende DBC's en coronakosten en continuïteitsbijdrage. Het verschil tussen kolom 1 en kolom 2 betreft dus de balanspost.

Kolom 3: Lasten 2020 inclusief Balanspost

In de derde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2020 ontvangen declaraties voor de in 2020 aan verzekerden verleende zorg/in 2020 geopende DBC's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de indirecte meerkosten en toeslagen.
- de balanspost: de declaraties die na 31 december 2020 zijn ontvangen en betrekking hebben op de in 2020 verleende zorg/in 2020 geopende DBC's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de meest actuele raming van de na 31 december 2020 nog te ontvangen declaraties voor de in 2020 verleende zorg/in 2020 geopende DBC's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de indirecte meerkosten en toeslagen. 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. 2020

In de vierde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2020 ontvangen declaraties voor de in 2020 aan verzekerden verleende zorg/in 2020 geopende DBC's voor wat betreft direct patiëntgebonden COVID-kosten en de indirecte meerkosten en toeslagen.

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

De tabel jaarlaag 2019 en 2018

De kolommen 1 en 2 worden niet ingevuld.

Kolom 3: Lasten 2019 inclusief balanspost

In de derde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2020 (dus inclusief de in 2019) ontvangen declaraties voor de in 2019 aan verzekerden verleende zorg, in 2019 geopende DBC's en de continuïteitsbijdrage GGZ.
- de balanspost: de declaraties die na 31 december 2020 zijn ontvangen en betrekking hebben op de in 2019 verleende zorg, in 2019 geopende DBC's en de continuïteitsbijdrage GGZ en de meest actuele schatting van de na 31 december 2020 nog te ontvangen declaraties voor de in 2019 verleende zorg, in 2019 geopende DBC's en de continuïteitsbijdrage GGZ. 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 2019

In de vierde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2020 (dus inclusief de in 2019) ontvangen declaraties voor de in 2019 aan verzekerden verleende zorg, in 2019 geopende DBC's en de continuïteitsbijdrage GGZ.

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

Kolom 5: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t 2018 en ouder

In de vijfde kolom verantwoordt de zorgverzekeraar:

- het totaal van de tot en met 31 december 2020 (dus inclusief de in 2019 en de in 2018) ontvangen declaraties voor de in 2018 aan verzekerden verleende zorg en in 2018 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 2020 ontvangen declaraties met betrekking tot jaren ouder dan 2018 (inclusief creditnota's).

Kolom 5 bevat geen balanspost.



BIJLAGE 3

Format kwartaalstaat 2021, specifieke informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2021
Module achterstandsfonds	
Module modernisering en innovatie	
Overige kosten	
TOTAAL code 503	0

CODE 506 - CONSULTTARIEVEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2021	
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 1e kwartaal 2021
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 1e kwartaal 2021
Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 en multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomangement (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 1e kwartaal 2021
Kosten resultaatbeloning huisartsen	
Kosten zorgvernieuwing huisartsen	
TOTAAL code 515	0



Vervolg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG

CODE 516 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING MDZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2021
Kosten resultaatbeloning MDZ	
Kosten zorgvernieuwing MDZ	
TOTAAL code 516	0

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2021		Lasten 2020		Lasten 2019 en ouder	
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2019 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria						
Trombosediensten						
SKION en NTS						
TOTAAL code 610	0	0	0	0	0	0

CODE 611 - NAAR INSTELLING	Lasten 2021		Lasten 2020		Lasten 2019 en ouder	
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2019 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 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 2021		Lasten 2020		Lasten 2019 en ouder	
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2019 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 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 2021		Lasten 2020		Lasten 2019 en ouder	
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2019 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 612.2	0	0	0	0	0	0



Vervolg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 613.1 - INTEGRALE KOSTEN VAN DBC-ZORGPRODUCTEN GEREGULEERDE SEGMENT NAAR INSTELLING	Lasten 2021		Lasten 2020		Lasten 2019 en ouder	
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2019 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 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 2021		Lasten 2020		Lasten 2019 en ouder	
	Lasten 2021 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2021	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020	Lasten 2019 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2019 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 615.1	0	0	0	0	0	0

RUBRIEK 13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2021
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 1e kwartaal 2021
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 1e kwartaal 2021
Kosten van zorg ivm visuele beperking	
Kosten van zorg ivm auditieve en communicatieve beperking	
TOTAAL code 702	0



Vervolg

SPECIFIEKE INFORMATIE C - 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
Verstuurd tweedemaandsbrieven			
Verstuurd 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.			

CONTRACTINFORMATIE HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG, rubriek 01

	Lasten inclusief balanspost 2021
<i>Huisartsenzorg, codes 503, 504, 505, 506, 507, 515</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal huisartsenzorg	0
<i>Multidisciplinaire zorg, codes 510 en 516</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal multidisciplinaire zorg	0
<i>Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg</i>	
Meerkosten (indirect en toeslagen), gecontracteerd en niet gecontracteerd	
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd en niet gecontracteerd	
TOTAAL RUBRIEK 01	0



Vervolg

CONTRACTINFORMATIE VERPLEGING EN VERZORGING, rubriek 03

	Lasten inclusief balanspost 2021
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Meerkosten (indirect en toeslagen), gecontracteerd en niet gecontracteerd	
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd en niet gecontracteerd	
PGB	
TOTAAL RUBRIEK 03	0

CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, rubriek 06

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

	2021
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	

CONTRACTINFORMATIE GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, rubriek 10

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

	2021
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	



Vervolg

CONTRACTINFORMATIE ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN, code 702

	Lasten inclusief balanspost 2021
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Meerkosten (indirect en toeslagen), gecontracteerd en niet gecontracteerd	
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd en niet gecontracteerd	
TOTAAL CODE 702	0

CONTRACTINFORMATIE GERIATRISCHE REVALIDATIE, EERSTELIJNSVERBLIJF EN GENEESKUNDIGE ZORG SPECIFIEKE PATIENTGROEPEN, rubriek 11

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

STRUCTUUR GEGEVENS/VRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG PER INSTELLING

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

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

- Voorlooprecord (code=1)
- Detailrecord per instelling (code=2)
- 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)
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_JUU_LL_III_V.txt

UZOV1: Landelijk UZOV/nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
JUU: 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:



- Aanneemsummen: 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*Q wordt dan hierbij opgenomen;
- Nacalculatie bij aanneemsummen en plafondcontracten: dit betreft de 'open einden' die in de aanneemsumcontracten 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 vermindert. 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 2020, specifieke informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG en MDZ

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
Module achterstandsfonds		
Module modernisering en innovatie		
Overige kosten		
TOTAAL code 503	0	0

CODE 506 - CONSULTTARIEVEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
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	0

CODE 507 - OVERIGE TARIEVEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
Module POH GGZ		
S1 verrichtingen		
Vaccinaties		
Passantentarieven		
TOTAAL code 507	0	0

CODE 510 - MULTIDISCIPLINAIRE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 en multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomangement (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 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
Kosten resultaatbeloning huisartsen		
Kosten zorgvernieuwing huisartsen		
TOTAAL code 515	0	0

CODE 516 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING MDZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
Kosten resultaatbeloning MDZ		
Kosten zorgvernieuwing MDZ		
TOTAAL code 516	0	0

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE RUBRIEK 02 FARMACEUTISCHE ZORG

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020
Kosten geneesmiddel	
Kosten i.v.m terhandstelling	
Kosten overige zorgprestaties	
TOTAAL code 520	0

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG	Aantal prestaties mbt 2020
Aantallen prestaties geneesmiddel	
Aantallen overige zorgprestaties	
TOTAAL prestaties	0

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE RUBRIEK 05 VERLOSKUNDIGE ZORG

SPECIFICATIE AANTALLEN VERLOSSINGEN	Aantal mbt 2020	Aantal mbt 2019
Volledige verlossingen door verloskundigen (code 580)		



SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 545 - KOSTEN SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
Implantaten		
Overige prestaties		
TOTAAL code 545	0	0

CODE 545 - KOSTEN SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Aantal mbt 2020	Aantal mbt 2019
Aantal implantaten (code 238060)		



Vervolg

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUIZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2020		Lasten 2019		Lasten 2018 en ouder
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018 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 2020		Lasten 2019		Lasten 2018 en ouder
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018 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 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
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 2020		Lasten 2019		Lasten 2018 en ouder
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018 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 2020		Lasten 2019		Lasten 2018 en ouder
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018 en ouder
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 612.2	0	0	0	0	0
TOTAAL code 612	0	0	0	0	0

DBC-zorgproducten NAAR INSTELLING Code	Lasten 2020		Lasten 2019		Lasten 2018 en ouder
	Lasten 2020 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018 en ouder
Integrale kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment 613.1					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 613.1	0	0	0	0	0
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment 615.1					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 615.1	0	0	0	0	0

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 09 ZIEKENVERVOER

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
Ambulanceritten		
Helikoptervluchten		
TOTAAL code 650	0	0

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER - vervolg	Aantal mbt 2020	Aantal mbt 2019
Ambulanceritten		
Spoed (code I010)		
Besteld (code I002)		
Helikoptervluchten		



Vervolg

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
Nierdialysepatiënten	Openbaar vervoer		
	Taxi		
	Eigen auto		
Chemokuur- en radiotherapie patiënten + immunotherapie	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		
Geriatrische revalidatiezorg	Openbaar vervoer		
	Taxi		
	Eigen auto		
Logeervergoeding			
TOTAAL code 651		0	0

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO - vervolg	Aantal mbt 2020	Aantal mbt 2019
Totaal verzekerden met kosten hoger dan de wettelijke eigen bijdrage		

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 11 GERIATISCHE REVALIDATIE EN EERSTELIJNSVERBLIJF

GERIATISCHE REVALIDATIEZORG EN EERSTELIJNSVERBLIJF	Aantal mbt 2020	Aantal mbt 2019
Totaal aantal DBC's geriatrische revalidatiezorg (code 670)		

Vervolg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 12 KRAAMZORG

CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL VERZEKERDEN	Aantal mbt 2020	Aantal mbt 2019
1. 00 t/m 23 uur		
2. 24 t/m 31 uur		
3. 32 t/m 39 uur		
4. 40 t/m 47 uur		
5. 48 t/m 55 uur		
6. 56 t/m 63 uur		
7. 64 t/m 71 uur		
8. 72 t/m 80 uur		
9. 81 uur of meer		
TOTAAL	0	0

CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL UREN	Aantal mbt 2020	Aantal mbt 2019
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 VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018 en ouder
Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgprestaties			
Kosten Integrale geboortezorg			
Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie			
TOTAAL code 700	0	0	0

CODE 701 - OVERIGE GENEESKUNDIGE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
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



Vervolg

CODE 702 - ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
Kosten van zorg ivm visuele beperking		
Kosten van zorg ivm auditieve en communicatieve beperking		
TOTAAL code 702	0	0

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG

CODE 720 - KOSTEN GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERZEKERAAR	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2020	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2019
Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland	Op basis van een contract	
	Niet op basis van een contract	
Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland		
TOTAAL code 720	0	0

CODE 720 - GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG VIA VERZEKERAAR	Aantal verzekerden mbt 2020	Aantal verzekerden mbt 2019
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

CONTRACTINFORMATIE HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG, rubriek 01

	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018
Huisartsenzorg, codes 503, 504, 505, 506, 507, 515			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Subtotaal huisartsenzorg	0	0	0
Multidisciplinaire zorg, codes 510 en 516			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Subtotaal multidisciplinaire zorg	0	0	0
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
TOTAAL RUBRIEK 01	0	0	0



Vervolg

CONTRACTINFORMATIE VERPLEGING EN VERZORGING, rubriek 03

	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
PGB			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd		0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd		0	0
TOTAAL RUBRIEK 03	0	0	0

CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, rubriek 06

	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018
Gecontracteerde zorg: aanneemsom			
Gecontracteerde zorg: plafond			
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten			
Gecontracteerde zorg: open einde contract			
Subtotaal gecontracteerde zorg	0	0	0
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd		0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd		0	0
TOTAAL RUBRIEK 06	0	0	0

	2020	2019	2018
Totaal afgesproken maximum omzet plafondcontracten			

CONTRACTINFORMATIE GGZ, rubriek 10

	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018
Gecontracteerde zorg: aanneemsom			
Gecontracteerde zorg: plafond			
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten			
Gecontracteerde zorg: open einde contract			
Subtotaal gecontracteerde zorg	0	0	0
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd		0	0
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd		0	0
TOTAAL RUBRIEK 10	0	0	0

	2020	2019	2018
Totaal afgesproken maximum omzet plafondcontracten			



Vervolg

CONTRACTINFORMATIE ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN, code 702

	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
TOTAAL CODE 702	0	0	0

CONTRACTINFORMATIE GERIATRISCHE REVALIDATIE, EERSTELIJNSVERBLIJF EN
GENEESKUNDIGE ZORG SPECIFIEKE PATIENTGROEPEN, rubriek 11

	Lasten inclusief balanspost 2020	Lasten inclusief balanspost 2019	Lasten inclusief balanspost 2018
Geriatrische Revalidatie, code 670			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Subtotaal Geriatrische Revalidatie	0	0	0
Eerstelijnsverblijf, code 671			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Subtotaal Eerstelijnsverblijf	0	0	0
Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen, code 672			
Gecontracteerde zorg			
Niet gecontracteerde zorg			
Meerkosten Corona, indirect en toeslagen, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Netto continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd, niet gecontracteerd			
Subtotaal Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen	0	0	0
TOTAAL RUBRIEK 11	0	0	0

STRUCTUUR GEGEVENS VRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG PER INSTELLING

Type record	#	Rubriek	Positie van	l/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzov1.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in het betreffende jaar actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. Indien de afspraken op concretniveau zijn gemaakt dan één van de UZOVI's invullen
	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.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201503	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	AGB code zorgaanbieder	2	9	8	N		Identificerende code van de zorgaanbieder
	3	Contractnummer	10	16	7	N		De detailrecords met AGB codes die onder hetzelfde contract vallen, hebben hetzelfde contractnummer. Bovendien heeft elk contract een uniek nummer in hele euro's
	4	Verwachte schade aanneemsom	17	26	10	N		In hele euro's
	5	Verwachte schade plafond	27	36	10	N		In hele euro's
	6	Verwachte schade naccalculatie bij aanneemsom en plafond	37	46	10	N		In hele euro's
	7	Indicatie debet credit bij naccalculatie	47	47	1	AN	D	Debet
	8	Verwachte schade open einde contract	48	57	10	N		Credit
	9	Afgesproken maximum bedrag plafondcontract	58	67	10	N		In hele euro's
	10	Ongecontracteerde zorg	68	77	10	N		In hele euro's
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Totaal verwachte schade MSZ	15	25	11	N		De som van de bedragen in rubriek 4, 5, 6 en 8 en 10 van de detailrecords
	5	Totaal afgesproken maximum bedrag plafondcontract	26	36	11	N		De som van de bedragen in rubriek 9 van de detailrecords

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

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

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZNL_VSD_UZOVI_MSZ_JUU_LL_III_V.txt

UZOV1: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).

JUU: 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.

BIJLAGE 5 Record lay-outs uitvraag 2021 risicoverevening

Persoonskenmerken 2021

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 LZOVl-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/lzovl-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2021 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	N	EEJUMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJUMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval betreft het de peildatum 1 mei 2021.
	5	Datum einde periode	22	29	N	EEJUMDD	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 geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Postcode woonadres *)	11	16	AN	NNNAA	Postcode 6 posities PostNL
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfabetieke karakters opnemen in rubriek 5 (huisnummertoevoeging woonadres)
	5	Huisnummertoevoeging woonadres *)	22	33	AN	EEJMM	Geboortejaar en -maand van de verzekerde
	6	Geboortejaar en -maand	34	39	N		1 Man 2 Vrouw
	7	Geslacht	40	40	N		3 geslacht onbepaald
	8	Identificatie buitenland	41	41	N		1 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk LZOVl-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	Som geboortejaar en -maand	23	36	N		De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortejaar en -maand als een getal worden gezien.

Vervolg Persoonskenmerken 2021

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

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

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL_NZA_RVE_UZOVI_PER_EEJ_MIND_NR.txt

UZOV1: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).

EEJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft

MIND: bij dit bestand de maand mei, '05' opnemen

NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

Verzekerde periode en persoonskenmerken 2020 verzekerden met BSN

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 LZOVV-nummer zorgverzekeraar. zie https://www.vektis.nl/lzovv-register. 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 aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2020.
	5	Datum einde periode	22	29	N	EEJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2020.
	6	Versienummer SRL	30	35	N	201202	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N	NNNNAA	Uitsluitend geleverde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Postcode woonadres *)	11	16	AN	NNNNAA	Postcode 6 posities PostNL
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfabetieke karakters opnemen in rubriek 5 (housnummertoevoeging woonadres)
	5	Housnummertoevoeging woonadres *)	22	33	AN	EEJMM	Geboortjaar en -maand van de verzekerde
	6	Geboortjaar en -maand	34	39	N		1 Man 2 Vrouw
	7	Geslacht	40	40	N		3 geslacht onbepaald
	8	Identificatie buitenland	41	41	N		1 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingesetene
	9	Begindatum verzekering	42	49	N	EEJMMDD	Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze LZOVV is aangevangen. Als de begindatum ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan is het toegestaan om 01 januari van het betreffende jaar als begindatum op te nemen.
	10	Einddatum verzekering	50	57	N	EEJMMDD	Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze LZOVV is beëindigd. De einddatum is de laatste dag van de verzekering. Uitsluitend de einddatum opnemen als die in de polperiode valt. Als een inschrijving doorkopt over de jaargrens wordt geen einddatum opgenomen en de rubriek geheel met nullen gevuld.
11	Fractie verzekeringsperiode	58	64	N			De fractie wordt als volgt berekend: (einddatum - begindatum) +1/365. De fractie wordt niet afgerond, maar wordt achter de zesde decimaal afgekap (de decimaal zelf wordt niet weergegeven). Als de fractie het gehele jaar bevat, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 1000000. Als de fractie bijvoorbeeld één dag betreft, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 0002739. Bij de berekening van de fractie moet rekening worden gehouden met het volgende. Als de begindatum (rubriek 9) ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan geldt 01 januari van het betreffende jaar als begindatum. Als de einddatum (rubriek 10) gevuld is met nullen, dan geldt 31 december van betreffende jaar als einddatum.
	Reden uitstroom Zw	65	66	N			1 niet uitgestroomd 2 overleden 3 uitstroom overig 99 wel AV, geen Zw (Nota bene: niet relevant voor ZIN, maar sluit aan bij de aanleverspecificatie BASIC versie 0106)
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk LZOVV-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	Som geboortjaar en -maand	23	36	N		De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortjaar en -maand als een getal worden gezien
	6	Som fractie verzekeringsperiode	37	50	N		De som van rubriek 11 van alle detailrecords.

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

Vervolg Verzekerde periode en Persoonskenmerken 2020

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

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

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL_NZA_RVE_UZOVI_VPPER_EEJJ_MND_NR.txt UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).

EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft

MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen

NR: Volgnummer, de eerste levering over jaar EEJJ heeft, versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

Farmaciegegevens 2020

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk LZOV/-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/zovv-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2020 actief was. Altijd 4 posities opnemem, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2020.
	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 2020.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201203	Versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSNs. Altijd 9 posities opnemem, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Geboortjaar en -maand	11	16	6	N	EEJMM	Geboortjaar en -maand van de verzekerde
	4	Geslacht	17	17	1	N	1 2 3	1 Man 2 Vrouw 3 geslacht onbepaald
	5	Datum van aflevering	18	25	8	N	EEJMMDD	Dit is de afleverdatum en/of de datum van de dienstverlening.
	6	Prestatiecode (ZI-artikelnummer)	26	37	12	N		Conform G-standaard
	7	Afleverings eenheid	38	39	2	AN		Conform G-standaard
	8	Hoeveelheid afgeleverd middel	40	48	9	N		De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan, de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingstekens.
	9	Indicatie debet credit	49	49	1	AN	D C	Debet Credit
	10	Schadebedrag in centen	50	57	8	N		Gedeclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 10) i.h.k.v. de basisverzekering Zw. Het bedrag is conform de EI-standaard in centen, zonder decimaal scheidingstekens, en is: * exclusief BTW, GVS-bijbetaling en afleververgoedingen * ongeacht kosten ten laste van het verplicht eigen risico * zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk LZOV/-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSNs	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSNs dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 12 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Farmacie gegevens 2020

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

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

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL_NZA_RVE_UZOV1_FAR_EE.UJ_MND_NR.txt

UZOV1: Landelijk UZOV1-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EE.UJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer, de eerste levering over jaar EE.UJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

DBC's somatisch 2019

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeringsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovt-register_ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2019 actief was. Alrijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 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 jaar van opening van de DBC, 2019.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201203	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSNs. Alrijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Specialismecode	11	14	4	N		Code van het poortspecialisme. Alrijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	4	DBC Zorgproductcode	15	23	9	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	5	DBC Declaratiecode	24	29	6	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	6	Diagnosecode	30	33	4	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	7	Maand van opening subtraject	34	35	2	N	MM	Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	8	AGB code instelling	36	43	8	N		Zoals vermeld op de declaratie.
	9	Indicatie debet credit	44	44	1	AN	D C	Debet Credit
	10	Schadebedrag in centen	45	52	8	N		Gedeclareerde kosten voor DBC's somatisch in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingstekens, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeringsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSNs	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSNs dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg DBC's somatisch 2019

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

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

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL_NZA_RVE_UZOVI_DBC_EEJJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).

EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft

MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen

NR: Volgnummer, de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

GGZ 2019

Type record	#	Rubriek	Postitie van	l/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOV1-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzov1-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2019 actief was. Alrijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2019. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC: 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. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC: 2019.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201205	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSNs. Alrijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode DBC	11	22	12	AN		Inclusief eventueel gemaskeerde diagnosecode. Uitsluitend DBC's GGZ (behandeling) en deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR.
	4	Declaratiecode	23	28	6	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 aanleveren met declaratiecode van betreffende deelprestatie.
3. Sluitrecord	5	Maand van opening van DBC	29	30	2	N	MM	Uitsluitend DBC's GGZ (behandeling), deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, en Generalistische Basis GGZ.
	6	Begindatum prestatie	31	38	8	N	EEJMMDD	Uitsluitend deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, ZZP's en kib
	7	Einddatum prestatie	39	46	8	N	EEJMMDD	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	8	N		Gedeclareerde kosten voor DBC GGZ (behandeling), gedeclareerde kosten voor deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, gedeclareerde kosten voor ZZP GGZ-B en kib, gedeclareerde kosten voor Generalistische Basis GGZ, in het kader van de basisverzekering Zvw. Als bij de DBC een of meer deelprestaties 24-uurs verblijf zijn gedeclareerd, dan een of meer afzonderlijke detailrecords aanleveren met gedeclareerde kosten van betreffende deelprestatie. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingstekens, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOV1-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.	
5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)	

Vervolg GGZ 2019

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

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

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL_NZA_RVE_UZOVI_GGZ_EEJJ_MND_NR.txt

UZOV1: 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 2018

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Sort	Codering	Omschrijving/Toelichting
			t/m				
1. Voorlooprocord	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooprocord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk LZOVV-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/lzovv-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2018 actief was. Alrijd 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. Voor DBC's (somsalisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 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. Voor DBC's (somsalisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2018.
	6	Versienummer SRL	30	35	N	201206	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Alrijd 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. Stufrecord	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = stufrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk LZOVV-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 '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 uitvullen met voorloop-nullen
AN=allfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL_NZA_RVE_UZOVI_KPV_EEJJ_MND_NR.txt

UZOV1: 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 2019

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOV1-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekerde zoals die in 2019 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	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. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2019.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2019. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2019.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201207	Versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Schadebedrag 'variabele zorgkosten' in centen	11	19	9	N		De 'variabele zorgkosten' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2019.
	4	Schadebedrag 'GGZ' in centen	20	28	9	N		De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2019.
	5	Schadebedrag 'verpleging en verzorging' in centen	29	37	9	N		De kosten voor 'verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2019.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = Sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOV1-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.

Vervolg Kosten per verzekerde 2019

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

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

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL_NZA_RVE_UZOVI_KPV_EEJJ_MIND_NR.txt

UZOV1: 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.

Hulpmiddelengegevens 2020

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
			t/m				
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2020 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	N	EEJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJMMDD	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	EEJMMDD	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	201401	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N		Uitsluitend geverifieerde BSNs. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Datum van aflevering	11	18	N	EEJMMDD	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 Z1-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 Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingstekens, en is: - inclusief BTW - exclusief eventuele eigen bijdrage(n) - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZOVI-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	38	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Hulpmiddelengegevens 2020

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

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

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door 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 ASCII viewer gebruiken.

4. Bestandsnaam

ZINL_NZA_RVE_UZOVI_HMD_EEJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk, UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).

EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft

MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen

NR: Volgnummer, de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

Add-on geneesmiddelen 2019

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorbeeldrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorbeeldrecord
	2	Zorgverzekersnummer	2	5	4	N	###	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovf-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2019 actief was. Alrijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 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 SRL	30	35	6	N	201504	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSNs. Alrijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Prestatiecode / ZI-artikelnummer	11	22	12	N		ZI-artikelnummer (bestand 131, G-Standaard), uitsluitend 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on
	4	Indicatiecode	23	31	9	N		Code van indicatie (conform bestand 132 G-Standaard) zoals vermeld op add-on declaratie
	5	Uitvoerdatum / Afleverdatum	32	39	8	N	EEJMMDD	Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddel'
	6	Afleveringsseenheid	40	41	2	AN		Eenheid waarin hoeveelheid is uitgedrukt, conform G-Standaard van Z-Index
	7	Hoeveelheid afgeleverd middel	42	50	9	N		Gedecoreerde hoeveelheid geneesmiddel; de linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan, de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingstekens
	8	Indicatie debet credit	51	51	1	AN	D C	Debet Credit
	9	Schadebedrag in centen	52	59	8	N		Gedecoreerde 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 scheidingstekens, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekersnummer	2	5	4	N	###	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSNs	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSNs dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Add-ons geneesmiddelen 2019

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

1. Voorlooprocord (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 uithullen met spaties

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL_NZA_RVE_UZOVI_ADDON_EE.UJ_MND_NR.tx:UZOVf: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprocord),
EE.UJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer, de eerste levering over jaar EE.UJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

Fysio- en oefentherapiegegevens 2020

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 UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2020 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	N	EEJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJMMDD	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	EEJMMDD	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	201702	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N		Uitsluitend geleverde BSNs. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	DCSPH-code	11	14	N		Vervolgsdiagnosecode paramedische hulp of (indien niet beschikbaar) paramedische diagnosecode. Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zvw.
	4	CSI-code	15	17	AN		Code soort indicatie. Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zvw. Altijd 3 posities innemen, ook als het eerste cijfer een 0 is.
	5	Indicatie debet credit	18	18	AN	D	Debet
	6	Schadebedrag in centen	19	26	N		Gedeclareerde kosten voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingstekens, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	7	Begindatum behandeling	27	34	N	EEJMMDD	Datum van de start van de behandeling
	8	Einddatum behandeling	35	42	N	EEJMMDD	Datum van eind behandeling
	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZOVI-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 2020

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

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

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

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

Wiz gegevens 2020

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgkantoornummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVl-nummer Zorgkantoor, zie https://www.vektis.nl/uzovl-register . Het betreft het zorgkantoor zoals dat in 2020 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2020.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2020.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201801	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		BSN. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode	11	15	5	AN		Prestatiecode van Wiz-declaratie
	4	Behandelmaand/opnamemaand	16	17	2	N	MM	Maand waarop declaratie betrekking heeft
	5	AGB-code instelling	18	25	8	N		AGB-code van de zorgaanbieder/instelling zoals vermeld op declaratie
	6	Indicatie debet credit	26	26	1	AN	D C	Debet Credit
	7	Schadebedrag in centen	27	35	9	N		Gedeclareerde kosten in het kader van de Wiz. Het bedrag is in centen, zonder decimaal scheidingsteken en ongeslacht eigen bijdragen et cetera.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgkantoornummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVl-nummer Zorgkantoor
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

Vervolg Wiz gegevens 2020

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

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

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL_NZA_RVE_UZOV1_WLZ_EEJJ_MND_NR.txt

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 2020, DBC-gegevens somatisch geopend in 2019, gegevens GGZ 2019, Hulpmiddelengegevens 2020, Add-ons geneesmiddelen 2019, fysiotherapie en oefentherapie 2020 en Kosten per verzekerde 2019 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 2018 betreft de zorgverzekeraar de tot en met 31 december 2020 ontvangen declaraties op verzekerdeniveau.

Instructie Kosten per verzekerde

In het definitieve bestand Kosten per verzekerde 2018 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 2018 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 2018.



BIJLAGE 6

Format Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2020

(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 2020	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

Tijdelijke 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 2021

Opgave ontbrekende declaratie-informatie

Nza prestatiecode	Aantal	Totaalbedrag



BIJLAGE 8

Format kwartaalstaat Wlz 2021, specificaties PGB, beheerskosten en aantal Wlz verzekerden

SPECIFICATIE VAN HET TOTAAL AANTAL PGB-HOUDERS OP 30 JUNI 2021

	Aantal
Totaal aantal PGB-houders	

SPECIFICATIE VAN HET TOTAAL AANTAL PGB-AANVRAGERS MET BEWUSTE-KEUZE GESPREK(KEN) 2021

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

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

	Aantal
Totaal aantal PGB-houders met huisbezoek(en) 2020	

SPECIFICATIE BEHEERSKOSTEN

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

VERZEKERDEN

SPECIFICATIE VAN HET TOTAAL AANTAL Wlz-VERZEKERDEN PER 1 JULI 2021

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

Instructie aantal PGB-houders

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 2021 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 eenieder 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 2021

Op 11 maart 2020 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (Wgo) verklaard dat er sprake is van een pandemie als gevolg van de verspreiding van het coronavirus. Vanaf dat moment is er sprake van een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Op grond van artikel 33, tweede lid, van de Zvw kent het Zorginstituut aan zorgverzekeraars op verzoek een extra bijdrage toe, naast de al toegekende risicovereveningsbijdrage voor dat catastrophejaar.

Zorgverzekeraars moeten over de jaren 2020 en 2021 niet alleen de gewone Zvw-kosten verantwoorden, maar ook de extra kosten in verband met COVID-19. In deze regeling geeft het Zorginstituut weer hoe de zorgverzekeraar de extra coronakosten kan toedelen in de kwartaal- en jaarstaten. De door de zorgverzekeraar opgegeven coronakosten 2021 worden niet betrokken bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen voor de risicoverevening.

In artikel 4 van deze regeling zijn de coronakosten nader gespecificeerd, in lijn met de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 (Stcrt. 2021, 1603, ook gepubliceerd op de website van het Zorginstituut, www.zorginstituutnederland.nl). In bijlage 1 van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 heeft het Zorginstituut declaratiecodes en de rekenregels opgenomen voor de directe coronakosten. In bijlage 2 van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 heeft het Zorginstituut een overzicht opgenomen van de declaratiecodes in verband met de toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de coronapandemie. Het Zorginstituut zal tweemaal bezien of bijlage 1 en 2 met extra codes en rekenregels uitgebreid moet worden. Van een wijziging van de tabel wordt melding gemaakt in de Staatscourant. De gewijzigde tabel wordt gepubliceerd op de website van het Zorginstituut. In artikel 4, eerste lid, van deze regeling wordt naar deze bijlagen verwezen. Deze extra codes en rekenregels maken onderdeel uit van deze regeling.

In artikel 4, tweede lid, van deze regeling is opgenomen welke kosten niet in aanmerking komen voor een catastrofebijdrage. Mochten zorgverzekeraars in de loop van de coronapandemie nog voor andere kosten rechtstreekse bijdragen op grond van de rijksbegroting ontvangen, dan zijn die kosten ook uitgesloten. Het Zorginstituut zal zorgverzekeraars in dat geval bij afzonderlijke brief informeren over de rechtstreeks aan zorgverzekeraars toegekende andere vergoedingen voor kosten die daardoor niet meer meetellen bij de catastrofebijdrage.

In de formats van deze regeling wordt de continuïteitsbijdrage omschreven als 'netto continuïteitsbijdrage', de indirecte meerkosten en toeslagen worden omschreven als 'meerkosten, indirect en toeslagen'.

Met deze verschillende benamingen is geen inhoudelijk verschil beoogd ten opzichte van definities prestatie continuïteitsbijdrage en prestatie meerkosten.

De toevoeging 'netto' aan de continuïteitsbijdrage maakt duidelijk dat het alleen de nettobijdrage met betrekking tot de Basisverzekering betreft.

De NZa heeft in verband met de coronapandemie algemene, aanvullende regels opgesteld:

- De regeling continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 (Stcrt. 2020, 25466);
- De Beleidsregel continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus (BR/REG-20157);



- De Prestatiebeschrijvingbeschikking continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus (TB/REG-20656-01).

Deze algemene, aanvullende regels zien op de meerkosten die zorgaanbieders moeten maken in verband met de coronapandemie en op de continuïteitsbijdrage die zorgverzekeraars aan zorgaanbieders betalen voor de continuïteit van de zorg. Met deze aanvullende regels kunnen zorgaanbieders rechtmatig een tarief in rekening brengen voor de meerkosten in verband met de coronapandemie en voor de continuïteitsbijdragen. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars de meerkosten als zorgkosten verantwoorden. De continuïteitsbijdragen vallen niet onder de catastrofereregeling. Deze kosten vallen onder de reguliere risicoverevening voor zover voldaan is aan de voorwaarden uit de regelgeving van de NZa én voor zover die betrekking hebben op de zorg uit de basisverzekering.

De verantwoordingen van zorgverzekeraars van de coronakosten vallen onder het reguliere toezicht van de NZa.

Speciale aandacht gaat uit naar de onderbouwing van de hoogte van de indirecte meerkosten (artikel 4, eerste lid, onder c). Een van de vereisten waaraan moet worden voldaan is dat de hoogte van de bijdrage voor de indirecte meerkosten plausibel is. Voor een vergoeding van de indirecte meerkosten is aan de plausibiliteitstoets voldaan als:

- ZN voor een sector afspraken heeft gemaakt over de vergoeding van de indirecte meerkosten (zogenaamde landelijke afspraken); en
- de NZa deze afspraken plausibel heeft gevonden.

Voor de vergoeding van de (aanvullende) specifieke vergoedingen van de indirecte meerkosten die achteraf vastgesteld worden (onder andere hardheidsclausule afspraken en afspraken in de GGZ) is aan de plausibiliteitstoets voldaan als:

- de NZa het door ZN uitgewerkte uniforme proces voor toekenning van deze vergoedingen adequaat vindt, én
- de zorgverzekeraar kan aantonen, dat het vooraf door de NZa adequaat bevonden proces, bij de toekenning van de vergoedingen ook daadwerkelijk is gevolgd.

De NZa kan bij de beoordeling van die afspraken rekening houden met alle bijzondere omstandigheden als gevolg van de coronapandemie, zoals het feit dat de coronapandemie de zorgaanbieders overvallen heeft waardoor er geen tijd was om van tevoren een adequate registratie in te richten en de tijdsdruk waaronder afspraken over de vergoeding tot stand zijn gekomen teneinde zorgaanbieders comfort te geven over de extra kosten als gevolg van de coronapandemie. Bij de beoordeling van de plausibiliteit van de afspraken door de NZa gaat het om de plausibiliteit van het geheel aan landelijke afspraken voor een sector voor de gehele periode van de coronapandemie, dat wil zeggen voor 2020 en 2021. Indien een zorgverzekeraar met zorgaanbieders andere aanvullende afspraken heeft gemaakt dan zal de zorgverzekeraar aan de NZa moeten aantonen dat deze vergoeding is gebaseerd op de werkelijke kosten.

Andere afspraken kunnen zien op:

- afspraken over de hoogte van de meerkosten voor een sector waarvoor geen landelijke afspraken zijn gemaakt;
- afspraken over de hoogte van de meerkosten tussen een zorgverzekeraar die de landelijke afspraken niet onderschrijft en de relevante zorgaanbieders.

Indien de NZa correcties aanbrengt op de opgaven van zorgverzekeraars op de gerealiseerde coronakosten, wijzigt het Zorginstituut de catastrofesbijdrage. De korting betreft alleen het deel dat de NZa gecorrigeerd heeft. Indien de NZa een deel van de in artikel 4, eerste lid, onder c, bedoelde kosten niet geaccordeerd heeft, laat het Zorginstituut die kosten bij de definitieve vaststelling buiten beschouwing.

Deze regeling beschrijft, naast de aan te leveren gegevens in verband met de coronapandemie, 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.

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 belangrijkste wijzigingen komen voort uit het opnemen van de coronakosten in de gegevensvraag 2020 en 2021, in verband met de coronapandemie. De verdere 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 2021 en record lay-outs 2021, 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.

I.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 en kennis te nemen van de relevante beleidsregels zoals:

- Zorgverzekeringswet;
- Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Wet langdurige zorg;
- Besluit langdurige zorg;
- Regeling langdurige zorg;
- Regeling risicoverevening;
- Beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021;
- Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2020 en 2021;
- Wet marktordening gezondheidszorg;
- NZa beleidsregels, circulaires, 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 2021 en de instructies Zorginstituut Nederland 'Aanlevering gegevens risicoverevening Zvw met accountantsproduct in 2021' en het Handboek Wlz 2021 in acht te worden genomen.

I.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 pseudonimisering vindt plaats aan de bron, bij de zorgverzekeraar. De tweede stap in de pseudonimisering 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.

I.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 risico-vereiniging 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 de gegevensbestanden 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 risicovereeningsbijdrage. 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 risicovereeniging, het fondsbeheer, de advisering over het pakket, de bevordering en het transparant maken van kwaliteit en de catastrofereregeling. De gegevens worden ook gebruikt voor het, gevraagd en ongevraagd, signaleren van ontwikkelingen in de zorgkosten. Ook de Wlz-uitvoerders moeten gegevens ten behoeve van de risicovereeniging 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 passende 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.

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 coulonce 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 één en ander ook met zich meebrengt dat zorgverzekeraars bijbetalingen van verzekerden voor niet gecontracteerde zorg en bijbetalingen in geval de tarieven boven een marktconform bedrag liggen niet verantwoord worden.

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

De 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 plafondbesparingen. 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 verzekerdenniveau voor de risicoverevening registreert de zorgverzekeraar de kosten van geleverde prestaties op verzekerdenniveau, ongeacht de vorm en inhoud van de gemaakte inkoopafspraken. De verrekening tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders dient in het definitieve bestand 'Kosten per verzekerde' op een zodanige wijze plaats te vinden dat alle verzekerden bij een zorgverzekeraar met een gelijk DBC-zorgproduct of overig zorgproduct ook een gelijke schadelast per zorgaanbieder hebben. Wanneer de verschillen niet op het gevraagde niveau 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, behoudens de jaarlaag 2020, 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 verantwoordt 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, 2020 en 2018

- a. Van de kostenverzamelstaat:
 - Totale kosten Zvw;
 - Totale kosten Medisch specialistische zorg (rubriek 06), alleen 2018;
 - Totale kosten GGZ (rubriek 10);
 - Totale kosten langdurige GGZ (code 661.1, deel rubriek 10), alleen 2020;
 - Totale kosten verpleging en verzorging (rubriek 03), alleen 2020.
- 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.

Kwartaalstaat, specifieke informatie A

Verzekerdenstand naar risicoklasse van de maand maart 2021.

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 2020.

II.7 Format wanbetalersbijdrage, onderdeel bijlage 2

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

II.8 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.9 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 2021.

Voorzitter Raad van Bestuur
S. Wijma