



## Regeling van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 26 maart 2024, referentie 2024002632, houdende regels met betrekking tot de structurele aanlevering van gegevens Zorgverzekeringswet 2024 en gegevens Wet langdurige zorg 2024 (Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2024)

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland,

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:

aanleverkalender Wlz:	overzicht van de verplichtingen van Wlz-uitvoerders en zorgkantoren om gegevens aan te moeten leveren aan het Zorginstituut op de genoemde data;
aanleverkalender Zvw:	overzicht van de verplichtingen van zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders om gegevens aan te moeten leveren aan het Zorginstituut op de genoemde data;
accountantsprotocollen NZa:	het accountantsprotocol Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct vanaf oplevering 2020, het accountantsprotocol Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct vanaf oplevering 2020 i.v.m. COVID-19-kosten, het accountantsprotocol Gegevensvraag Wlz-gegevens, vanaf 2019 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;
beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021:	beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 met inachtneming van de laatste herijking d.d. 27 september 2022;
CAK:	Centraal Administratiekantoor;
catastrofebijdrage:	bijdrage als bedoeld in artikel 33, tweede lid, van de Zvw;
CBS:	Centraal Bureau voor de Statistiek;
coronapandemie:	pandemie ten gevolge van het SARS-CoV-2 virus die een catastrofe is als bedoeld in artikel 33, eerste lid, van de Zvw;
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. In deze regeling worden de COVID-patiënten ook aangeduid als COVID-19-patiënten, daarmee is geen inhoudelijk verschil beoogd;
COVID-zorg:	zorg die aan COVID-patiënten geboden wordt voor de behandeling van COVID-19 of voor het herstel van COVID-19. In deze regeling wordt de COVID-zorg ook aangeduid als COVID-19-zorg, daarmee is geen inhoudelijk verschil beoogd;
COVID-19-kosten:	kosten voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van de coronapandemie. In deze regeling worden de coronakosten ook aangeduid als COVID-kosten, daarmee is geen inhoudelijk verschil beoogd;
CPB:	Centraal Planbureau;



DBC:	diagnose behandeling combinatie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel m, van de Regeling zorgverzekering;
declaratiegegevens:	alle declaraties die de zorgverzekeraar van verzekerden of zorgaanbieders heeft ontvangen;
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;
formats jaar-, kwartaalstaat:	formats jaar- en kwartaalstaten als bedoeld in artikel 2, 3 en 4 en gepubliceerd op de website <a href="http://www.zorginstituutnederland.nl">www.zorginstituutnederland.nl</a> <sup>1</sup> ;
gegevens:	feitelijke informatie over de aantallen en kosten van declaraties voor de Zvw en Wlz, en/of (aanvullende) informatie over de betreffende verzekerden;
Gegevensuitvraag:	Gegevensuitvraag 2024 is een door het Zorginstituut opgestelde instructie behorende bij deze regeling, die informatie geeft over en een toelichting op de door de zorgverzekeraar aan te leveren gegevens, gepubliceerd op de website <a href="http://www.zorginstituutnederland.nl">www.zorginstituutnederland.nl</a> <sup>2</sup> . De gegevensuitvraag heette in eerdere jaren voormalig Handboek informatie Zorgverzekeringswet;
Handboek Wlz:	Handboek Informatie Wet langdurige zorg 2024 is 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, gepubliceerd op de website <a href="http://www.zorginstituutnederland.nl">www.zorginstituutnederland.nl</a> <sup>3</sup> ;
het Zorginstituut:	Zorginstituut Nederland genoemd in artikel 58, eerste lid van de Zvw;
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;
IZA:	Integraal Zorgakkoord;
MDZ:	multidisciplinaire zorg;
modelovereenkomst:	modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1 van de Zvw;
niet-ingezetene (oude definitie):	een verzekerde die conform de uitvraag via de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2023 (en eerder) een niet-ingezetene is;
niet-ingezetene (nieuwe definitie):	een verzekerde die niet ingeschreven is in de Basisregistratie Persoonsgegevens op het peilmoment waarop het woonadres wordt vastgesteld;
NZa:	de Nederlandse Zorgautoriteit genoemd in artikel 3, eerste lid van de Wmg;
overloopkosten:	kosten voor declaraties uit een bepaald jaar die bij een zorgverzekeraar binnenkomen nadat dit jaar in de risicovereeniging definitief is geworden;
PGB:	persoonsgebonden budget, als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
prestatie continuïteitsbijdrage:	kosten die voldoen aan de voorwaarden, voorschriften en beperkingen voor de continuïteitsbijdrage als gesteld in de Prestatiebeschrijvingbeschikking continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus (TB/REG-20656-01) van de NZa;
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 (TB/REG-20656-01) van de NZa;
record lay-out:	schematische voorstelling van de kosten en/of kenmerken per verzekerde Zvw en Wlz;

<sup>1</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren/risicovereeniging-zvw/aanleverkalender-en-productkalender-zvw>

<sup>2</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>

<sup>3</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>



verrekening in verband met inhaalzorg:	de verrekening van de continuïteitsbijdrage met omzet gedurende de maanden dat de continuïteitsbijdrage van toepassing is en met omzet die het gevolg is van een eventuele hogere productie als gevolg van inhaaleffecten daarna, blijkend uit een afspraak tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder daarover;
schadejaar:	het jaar waarin de schade is gemaakt;
transformatiemiddelen:	middelen beschikbaar gesteld door het Ministerie van VWS om impactvolle transformaties in de zin van het Integraal Zorgakkoord 2022 mogelijk te maken;
VWS:	Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
Wlz:	Wet langdurige zorg;
Wlz-uitvoerder:	Wlz-uitvoerder als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
Wmg:	Wet marktordening gezondheidszorg;
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;
ZPM:	Zorgprestatie model;
ZN:	Zorgverzekeraars Nederland;
Zvw:	Zorgverzekeringwet.

## Artikel 2 Aanlevering gegevens en bestanden voor uitvoering Zvw

1. Van alle gegevens in de aanleverkalender wordt het elektronische bestand geleverd.
2. De zorgverzekeraar levert de in de onderstaande aanleverkalender Zvw (zie Tabel 1) bedoelde gegevens en bestanden, alsmede de verlangde bestuursverklaringen en accountantsproducten, op de genoemde datum aan, met uitzondering van de gegevens die zien op de Wlz. De zorgverzekeraar dient de gegevens juist en volledig in bij het Zorginstituut. De zorgverzekeraar volgt in de aanlevering de formats, de formats voor de jaar- en kwartaalstaten<sup>4</sup> en de record lay-outs uit de bijlagen bij de regeling, zoals gepubliceerd op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl).<sup>5</sup>
3. De zorgverzekeraar dient één opgave/bestand in, waarin de opgaven van eventuele volmachten zijn opgenomen. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat de opgenomen opgaven van de volmachten voldoen aan de voorschriften zoals in de formats en record lay-outs opgenomen.
4. De zorgverzekeraar vervangt de in de onderstaande aanleverkalender Zvw bedoelde gegevensaanleveringen in de kwartaal- en jaarstaten, onderdeel C, Huisartsenzorg en MDZ, Verpleging en Verzorging, Mondzorg, Verloskundige zorg, Medisch-specialistische zorg (alleen de kostencodes 545- jaarstaat en 611- overige zorgproducten jaarstaat), Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, Geriatrische Revalidatiezorg- Eerstelijnsverblijf-Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen en Kraamzorg, door de aanlevering van de declaratiegegevens over de prestaties van genoemde specialismen via Vektis.
5. De zorgverzekeraar levert bij de tweede en vierde kwartaalstaat en bij de jaarstaat contractinformatie per instelling over medisch specialistische zorg aan.
  - a. De zorgverzekeraar levert in de jaarstaat 2023 een update van de jaren 2021, 2022 en 2023 aan.
  - b. De zorgverzekeraar levert in de tweede kwartaalstaat 2024 een update van contractinformatie voor het jaar 2024 aan.
  - c. De zorgverzekeraar levert in de vierde kwartaalstaat 2024 contractinformatie voor het jaar 2025 aan en een raming van het geraamde aantal verzekerden voor het 2025.
6. De Wlz-uitvoerder levert de gegevens-Wlz 2023 bedoeld in de onderstaande aanleverkalender Zvw, alsmede het verlangde rapport van feitelijke bevindingen én bestuursverklaring, op 1 juni 2024 aan. De Wlz-uitvoerder dient de gegevens juist en volledig in bij het Zorginstituut. De Wlz-uitvoerder gebruikt hiervoor de record lay-out uit de bijlagen bij de regeling zoals gepubliceerd op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl).<sup>6</sup>

<sup>4</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren/risicoverevening-zvw/aanleverkalender-en-productkalender-zvw>

<sup>5</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>

<sup>6</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>



## Aanleverkalender Zvw

Tabel 1 geeft een overzicht van de aan te leveren gegevens in het kader van de Zvw, de zogenaamde aanleverkalender Zvw.

Tabel 1 Aan te leveren gegevens

Wat	Afgekorte naam <sup>1</sup>	Verslagperiode	Aanleverdatum	Aanleveren met
Verzekerdenstanden	VZSTD	januari, februari en maart 2024	7 maart 2024	Bestuursverklaring
Kwartaalstaat 1e kwartaal	KS1	1e kwartaal 2024 en eerder	28 april 2024	n.v.t.
Jaarstaat Zvw: kostenverzamelstaat en gewaarmerkte specifieke informatie A	JS	2021 en eerder, 2022 en 2023	1 mei 2024	Controleverklaring en bestuursverklaring
Jaarstaat Zvw: gewaarmerkte specifieke informatie B	JS	2020 en 2021	1 mei 2024	Controleverklaring en bestuursverklaring
Jaarstaat Zvw: informatie C	JS	2021 en eerder, 2022 en 2023	1 mei 2024	n.v.t.
Verzekerde periode en persoonskenmerken – deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN	VPPER	2023	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Verzekerde periode en persoonskenmerken – deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN	OBNS	2023	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Persoonskenmerken	PER	2024, peildatum 1 mei	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Kosten per verzekerde	KPV	2021	1 mei 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Kosten per verzekerde	KPV	2022	1 mei 2024	Bestuursverklaring
Farmaciegegevens	FAR	2023	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Add-on geneesmiddelen	ADDON	2022	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
DBC's somatisch	DBC	2022	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
GGZ-gegevens	GGZ	2022	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Hulpmiddelengegevens <sup>2</sup>	HMD	2023	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Hulpmiddelengegevens subset <sup>3</sup>	HMDSUBSET	2023	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens	FOT	2023	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Wlz-gegevens	WLZ	2023	1 juni 2024	Rapport van feitelijke bevindingen en bestuursverklaring
Kwartaalstaat 2e kwartaal	KS2	1e tot en met 2e kwartaal 2024 en eerder	28 juli 2024	n.v.t.
Kwartaalstaat 3e kwartaal	KS3	1e tot en met 3e kwartaal 2024 en eerder	28 oktober 2024	n.v.t.
Kwartaalstaat 4e kwartaal	KS4	1e tot en met 4e kwartaal 2024 en eerder	28 januari 2025	n.v.t.

<sup>1</sup> De afgekorte naam wordt gebruikt als onderdeel van de bestandsnaam waaronder de gegevens worden aangeleverd.

<sup>2</sup> Indien er sprake is van problematiek in de registratie van hulpmiddelengegevens, wordt dit bestand aangeleverd zonder assurancerapport.

<sup>3</sup> Indien er sprake is van problematiek in de registratie van hulpmiddelengegevens, is aanlevering van dit bestand vereist.

### Artikel 3 COVID-19-kosten

1. De zorgverzekeraar levert de COVID-19-kosten conform de formats, zoals beschikbaar op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl), en de toelichting bij de regeling.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren/risicoverevening-zvw/aanleverkalender-en-productkalender-zvw>



2. In overeenstemming met artikel 6.6.5, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering bestaan de COVID-19-kosten voor de Zvw uit:
  - a. reguliere directe kosten voor COVID-19-zorg voor COVID-19-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 2020 en 2021, 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 drie 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; en
    - de NZa heeft een bestuurlijk oordeel over de opgave afgegeven;
  - d. de in het tweede 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 tweede lid, onder c, worden op basis van de schriftelijke afspraken tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbidders 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 zorgverzekeraar houdt 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-19-zorg zoals gespecificeerd onder b.
  - b. Een zorgverzekeraar kan het verplicht eigen risico voor COVID-19-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-19-zorg.

#### **Artikel 4 Aanlevering gegevens en bestanden voor uitvoering Wlz**

1. Van alle gegevens in de aanleverkalender wordt het elektronische bestand geleverd. De Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor gebruiken hiervoor de formats voor de jaar- en kwartaalstaten en de record lay-outs, zoals opgenomen in bijlage 4 en 5 en gepubliceerd op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl).<sup>8</sup>
2. Het zorgkantoor levert de in de onderstaande aanleverkalender Wlz (zie Tabel 2) bedoelde gegevens alsmede de verlangde bestuursverklaringen, op de genoemde datum in 2024 aan. Voor de vierde kwartaalstaat is de aanleverdatum overeenkomstig onderstaande aanleverkalender in 2025.
3. Het zorgkantoor vervangt de in de onderstaande aanleverkalender Wlz bedoelde aanlevering van de specificaties van kosten en productie van Wlz-zorg via de kwartaalstaten door aanlevering van de declaratiegegevens als bedoeld in de aanleverkalender Wlz, via Vektis.
4. De Wlz-uitvoerder met één of meer zorgkantoren levert de in de onderstaande aanleverkalender Wlz bedoelde gegevens alsmede de verlangde bestuursverklaring, op 14 augustus 2024 aan. De Wlz-uitvoerder dient de gegevens juist en volledig in bij het Zorginstituut, met inachtneming van

<sup>8</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>



het format zoals bedoeld in hoofdstuk 3 in het Handboek Wlz 2024.

5. De Wlz-uitvoerder met één of meer zorgkantoren levert maandelijks (na de 7e 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.
6. Indien een zorgkantoor van één of meerdere zorgaanbieders, met een jaaromzet groter dan € 1 miljoen (per zorgaanbieder) geen declaraties heeft ontvangen, informeert het zorgkantoor het Zorginstituut over die tekortkoming en levert een Excel-bestand met een zo goed mogelijke schatting van de ontbrekende declaratie-informatie op prestatieniveau.

### Aanleverkalender Wlz

Tabel 2 geeft een overzicht van de aan te leveren gegevens in het kader van de Wlz, de zogenaamde aanleverkalender Wlz.

Tabel 2 Aan te leveren gegevens

Wat	Wie	Aanleverdatum	Aanleveren met
De declaratiegegevens 1e, 2e, 3e en 4e kwartaal 2024 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 2024, 14 augustus 2024, 13 november 2024 en 12 februari 2025	-
Kwartaalstaat Wlz 2e kwartaal aantal PGB-houders op 30 juni 2024	Zorgkantoor	14 augustus 2024	-
Kwartaalstaat Wlz 2e kwartaal aantal PGB-houders met huisbezoeken in 2023	Zorgkantoor	14 augustus 2024	-
Kwartaalstaat Wlz 4e kwartaal aantal PGB-houders met bewust-keuze gesprekken	Zorgkantoor	12 februari 2025	-
Kwartaalstaat Wlz Beheerskosten	Zorgkantoor	Respectievelijk 13 mei 2024, 14 augustus 2024, 13 november 2024 en 12 februari 2025	-
Kwartaalstaat Wlz 2e kwartaal verzekerdenstanden 2024	Wlz-uitvoerder met een of meerdere zorgkantoren	14 augustus 2024	Bestuursverklaring
Uitvoeringsgegevens uit de iWlz, met behulp van het iWlz-bericht AW317	Wlz-uitvoerder met een of meer zorgkantoren	Maandelijks, na dag 7	-

### 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, 3 en 4 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, alsmede de vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar, op verzoek aan het CAK, CBS, het CPB, DNB en VWS 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 2024 tot 1 maart 2025 en vervalt met ingang van 1 maart 2025 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 2024.

**Artikel 8 Citeertitel**

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2024.

Deze regeling wordt in de Staatscourant geplaatst, met uitzondering van de bijlagen 1a tot en met 5. Deze bijlagen worden gepubliceerd op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl).<sup>9</sup>

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

*S. Wijma*

---

<sup>9</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>



## BIJLAGEN BIJ DE REGELING STRUCTURELE AANLEVERING GEGEVENS ZORGVERZEKERINGSWET EN WET LANGDURIGE ZORG 2024

Bij deze regeling zijn bijlagen opgenomen die de verplichtingen over de gegevensaanlevering in de artikelen concretiseren. Deze bijlagen, gepubliceerd op [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl), zijn een integraal onderdeel van deze regeling.<sup>10</sup> Elke bijlage bestaat uit een format voor de gegevens die de zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor moet aanleveren. De toelichting op de afzonderlijke bijlagen is opgenomen in de Algemene toelichting.

- Bijlage 1a. Formats kwartaalstaat Zvw 2024 KW 1, specifieke informatie A en C, schadejaren 2024, 2023, en 2022, behorend bij artikel 2 en artikel 3 in regeling 2024;
- Bijlage 1b. Formats kwartaalstaat Zvw 2024 KW 2, specifieke informatie A en C, schadejaren 2024, 2023, en 2022, behorend bij artikel 2 en artikel 3 in regeling 2024;
- Bijlage 1c. Formats kwartaalstaat Zvw 2024 KW 3, specifieke informatie A en C, schadejaren 2024, 2023, en 2022, behorend bij artikel 2 en artikel 3 in regeling 2024;
- Bijlage 1d. Formats kwartaalstaat Zvw 2024 KW 4, specifieke informatie A en C, schadejaren 2024, 2023, en 2022, behorend bij artikel 2 en artikel 3 in regeling 2024;
- Bijlage 1e. Formats jaarstaat Zvw 2023, specifieke informatie A, B en C, schadejaren 2023, 2022 en 2021 en 2020, behorend bij artikel 2 en artikel 3 in regeling 2024;
- Bijlage 2. Record lay-outs uitvraag 2024 risicoverevening, behorend bij artikel 2 en artikel 3 in regeling 2024;
- Bijlage 3. Format Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2023, behorend bij artikel 2 en artikel 3 in regeling 2024;
- Bijlage 4. Format kwartaalstaat Wlz 2023 behorend bij artikel 4 in regeling 2024;
- Bijlage 5. Format kwartaalstaat Wlz 2024, specificaties PGB, beheerskosten en aantal Wlz-verzekerden behorend bij artikel 4 in regeling 2024.

<sup>10</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>





## TOELICHTING

### I. Algemeen

#### ***1.1 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 Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) bij regeling kan bepalen welke gegevens en inlichtingen regelmatig door de zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerder 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.

*tijdig, juist en volledig*

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

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

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 artikel 3) en gegevens die het Zorginstituut nodig heeft voor de Wlz (artikel 4).

De gegevens die de zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor 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 73, 73a, en 74, van de Zvw.

In de regeling is 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 de zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder.

Deze regeling heeft betrekking op de periode van 1 maart 2024 tot 1 maart 2025. Daarom wordt aan deze regeling terugwerkende kracht verleend tot en met 1 maart 2024.

#### ***1.2 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 risicoverevening 2023 en 2024;
- Wet marktordening gezondheidszorg;
- NZa beleidsregels, circulaires, nadere regels en regelingen etc., waaronder de nadere regels 'Regeling administratie en controle zorgverzekeraars', 'Regeling controle en administratie Wlz-uitvoerders en de Regeling continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus – NR/REG-2031;
- Accountantsprotocol 'Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2020'
- Accountantsprotocol 'Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2020 i.v.m. COVID 19-kosten';
- 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 de Gegevensuitvraag en het Handboek Wlz in acht te worden genomen.

### ***1.3 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 Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het Zorginstituut ontvangt de gepseudonimiseerde bestanden van ZorgTTP. Op de in artikel 2 en 3 genoemde data moet het gepseudonimiseerde bestand zijn ontvangen door ZorgTTP. Als een zorgverzekeraar ervoor kiest om een verwerkersovereenkomst te sluiten met een derde partij met behulp van wie de aanlevering van de gegevens plaatsvindt, dan blijft de zorgverzekeraar zelf verantwoordelijk voor de tijdige, juiste en volledige aanlevering aan ZorgTTP en het Zorginstituut. Het Zorginstituut treedt altijd direct in contact met de zorgverzekeraar (en niet met de door de zorgverzekeraar ingeschakelde verwerker) over de aangeleverde gegevens. Dit betekent onder meer dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de directe relatie tussen de elektronische gegevensbestanden die aan het Zorginstituut worden aangeleverd en de bronbestanden van de zorgverzekeraar. Ook moet de zorgverzekeraar zelf volledig geïnformeerd zijn over alle activiteiten die de verwerker heeft uitgevoerd op de gegevensbestanden die (via ZorgTTP) aan het Zorginstituut zijn gestuurd. Tevens behoort het tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar dat de accountant de werkzaamheden in het kader van het protocol van de NZa kan uitvoeren.

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

### ***1.4 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 zorgverzekeraar 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-uitvoerder en het zorgkantoor, van hetgeen bij of krachtens de Wet langdurige zorg en de artikelen 91, tweede lid, tweede volzin, 123 en 124 van de Wet financiering sociale verzekeringen is geregeld. In het algemeen deel van de memorie van toelichting op de Wmg (hoofdstuk 8.2) is over de risicoverevening opgemerkt dat de NZa toezicht houdt op aantallen en kenmerken van verzekerden met het oog op een adequate uitvoering van de vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

Het is noodzakelijk dat het Zorginstituut kan uitgaan van de juistheid van de aan te leveren gegevens. De NZa heeft in vier 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 zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder/zorgkantoor en de werkzaamheden van hun externe accountants voor de verantwoordingsdocumenten. Dit zijn:

- Accountantsprotocol 'Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2020'
- Accountantsprotocol 'Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2020 i.v.m. COVID 19-kosten';
- Protocol accountantsonderzoek Wlz-uitvoerders;
- Accountantsprotocol 'Gegevensvraag Wlz-gegevens' vanaf oplevering 2019'.

Bij gegevensaanleveringen die met accountantsproduct 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 zorgverzekeraar.

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

### ***1.5 Verantwoordelijkheid gegevensleveranciers***

Op basis van de artikelen 88 en 89 uit het eerste lid van de Zvw vraagt het Zorginstituut gegevens uit bij alle zorgverzekeraars. Het Zorginstituut specificeert welke gegevens, in welke vorm, op welk moment moeten worden aangeleverd.

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de juiste, volledige en tijdige aanlevering van gegevens aan het Zorginstituut en de NZa (dit betreft één en dezelfde levering). De zorgverzekeraar is als leverancier ten alle tijden verantwoordelijk en het aanspreekpunt voor de aangeleverde gegevens, ook als deze zijn uitgevoerd door een bewerker. Dat geldt ook als voor de uitvoering derden gemachtigd (volmachten) zijn: de zorgverzekeraar draagt zorg dat de opgaven van de volmachten voldoen aan de voorschriften. Per vergunninghoudende zorgverzekeraar levert de zorgverzekeraar één bestand aan, waarin de gegevens van de volmachten zijn geïntegreerd.

## **II. Gevolgen COVID-19-pandemie**

Op 11 maart 2020 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) verklaard dat er sprake is van een pandemie als gevolg van de verspreiding van het SARS-CoV-2 virus. Vanaf dat moment is er sprake van een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, van de Zvw. Op grond van artikel 33, tweede lid, van de Zvw kent het Zorginstituut aan zorgverzekeraar op verzoek een extra bijdrage toe, de catastrofefbijdrage, naast de al toegekende risicovereveningsbijdrage voor dat kalenderjaar.

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

In artikel 3 van deze regeling zijn de COVID-19-kosten nader gespecificeerd, in lijn met de beleidsregels catastrofefbijdrage coronapandemie 2020 en 2021. In bijlage 1 van de beleidsregels catastrofefbijdrage coronapandemie 2020 en 2021 heeft het Zorginstituut declaratiecodes en de rekenregels opgenomen voor de directe COVID-19-kosten. In bijlage 2 van de beleidsregels catastrofefbijdrage 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 COVID-19-pandemie. In artikel 3, tweede lid, van deze regeling wordt naar de bijlagen bij de beleidsregels catastrofefbijdrage coronapandemie 2020 en 2021 verwezen. Deze extra codes en rekenregels maken onderdeel uit van deze regeling. In artikel 3, derde lid, van deze regeling is opgenomen welke kosten niet in aanmerking komen voor een catastrofefbijdrage. Het Zorginstituut zal de zorgverzekeraar bij afzonderlijke brief informeren over de rechtstreeks aan de zorgverzekeraar toegekende andere vergoedingen voor kosten die daardoor niet meer meetellen bij de catastrofefbijdrage.

In de formats wordt de continuïteitsbijdrage omschreven als 'netto continuïteitsbijdrage COVID (basisverzekering)', de indirecte meerkosten en toeslagen worden omschreven als 'meerkosten COVID-19, indirect' en 'meerkosten COVID-19, 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. Hierbij brengt de zorgverzekeraar de verrekening in verband met inhaalzorg op de continuïteitsbijdrage in mindering. De inhaalzorg valt onder de reguliere kostencodes.

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 (NR/REG-2031);
- 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 de zorgverzekeraar aan zorgaanbieders betaalt 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 kan de zorgverzekeraar de meerkosten als zorgkosten verantwoord. De continuïteitsbijdragen vallen niet onder de catastrofeschadelast. 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 NZa heeft aanvullende regels opgesteld voor de prestatie meerkosten voor 2020 en 2021 welke zijn opgenomen in het Accountantsprotocol 'Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2020 i.v.m. COVID 19-kosten'.

De verantwoordingen van de zorgverzekeraar van de COVID-19-kosten vallen onder het reguliere toezicht van de NZa.

Speciale aandacht gaat uit naar de onderbouwing van de hoogte van de indirecte meerkosten (artikel 3, tweede 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 is voldaan als:

- Zorgverzekeraars Nederland (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 geestelijke gezondheidszorg (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, én
- de NZa achteraf een bestuurlijk oordeel over de opgave heeft gegeven.

De NZa kan bij de beoordeling van die afspraken rekening houden met alle bijzondere omstandigheden als gevolg van de COVID-19-pandemie, zoals het feit dat de COVID-19-pandemie 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 COVID-19-pandemie. 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 COVID-19-pandemie, dat wil zeggen voor 2020 en 2021. Voor 2022 geldt dit voor alleen de verantwoording van de prestaties meerkosten. Voor 2023 en 2024 is dit niet meer van toepassing. 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 de zorgverzekeraar op de gerealiseerde COVID-19-kosten, wijzigt het Zorginstituut de catastrofebijdrage. De korting betreft alleen het deel dat de NZa gecorrigeerd heeft. Indien de NZa een deel van de in artikel 3, tweede lid, onder c, bedoelde kosten niet geaccordeerd heeft, laat het Zorginstituut die kosten bij de definitieve vaststelling buiten beschouwing.



### III. Wijzigingen 2024

Voor de uitvoering van de Zvw komen de aan te leveren gegevens in grote mate overeen met de regeling van het voorgaande jaar. Op onderstaande punten is de regeling gewijzigd.

#### *Hulpmiddelengegevens*

Vanwege de landelijke problematiek bij de registratie van de hulpmiddelen, geldt er voor de aanlevering van de hulpmiddelengegevens een bijzondere procedure<sup>11</sup>:

- Als deze problematiek bij een zorgverzekeraar niet speelt, levert de zorgverzekeraar het volledige bestand Hulpmiddelengegevens 2023 met goedkeurend assurancerapport aan.
- Als deze problematiek bij een zorgverzekeraar speelt, levert de zorgverzekeraar het volledige bestand Hulpmiddelengegevens 2023 aan zonder assurancerapport. Daarnaast levert de zorgverzekeraar een tweede bestand aan, dat een subset is van het eerste bestand. In dit tweede bestand neemt de zorgverzekeraar uitsluitend declaraties op van geleverde hulpmiddelen waarbij deze problematiek niet speelt. De zorgverzekeraar levert deze subset aan met een goedkeurend assurancerapport. Beide bestanden – het complete bestand en de subset – levert de zorgverzekeraar aan met bestuursverklaring.

Er zijn aparte bestuursverklaringen bij het complete bestand met assurancerapport, het complete bestand zonder assurancerapport en de subset. De record lay-out is gelijk voor het complete bestand en de subset.

De zorgverzekeraar levert de bestanden aan conform artikel 2 van deze regeling en de aanleverkalender Zvw (zie Tabel 1). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebruikt het Zorginstituut alleen gegevens met een goedkeurend assurancerapport.

#### *GGZ-gegevens*

Per 1 januari 2022 is het Zorgprestatie-model (ZPM) ingevoerd, met een nieuwe bekostigingssystematiek voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Door de nieuwe bekostigingssystematiek zijn de prestaties voor basis-ggz, DBC's en ZZP's vervangen. Als gevolg hiervan wijzigt de uitvraag en de record lay-out van het GGZ-gegevens-bestand. In kalenderjaar 2024 worden voor het eerst gegevens aangeleverd op basis van het ZPM.

#### *Niet-ingezetenen*

Er geldt vanaf vereveningsjaar 2025 waarschijnlijk een nieuwe definitie voor niet-ingezetenen. De Minister van VWS beslist in september 2024 over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2025. Als de minister de definitie wijzigt zoals geadviseerd door Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)<sup>12</sup>, dan heeft dat gevolgen voor de aanlevering van de gegevens.

In de nieuwe definitie wordt een verzekerde gezien als niet-ingezetene als de verzekerde niet is ingeschreven in de Basisregistratie Persoonsgegevens op het peilmoment waarop het woonadres wordt vastgesteld in het PER-bestand en het VPPER-bestand. Deze definitie dient in kalenderjaar 2024 voor het eerst te worden aangeleverd. Daarnaast moet ook nog de oude definitie – conform de uitvraag via de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringwet en Wet langdurige zorg 2023 (en eerder) – worden aangeleverd.

De nieuwe definitie heeft gevolgen voor de aanlevering van de PER-bestand en de VPPER-bestand over 2024. Het Zorginstituut gebruikt het PER-bestand over 2024 in de raming van de verzekerdenaantallen 2025. In het criterium seizoenarbeider 2025 gebruikt het Zorginstituut het PER-bestand en VPPER-bestand over 2024 om te bepalen of verzekerden niet of niet het gehele jaar Zvw-verzekerd zijn. Omdat de genoemde bestanden zowel voor vereveningsjaar 2024 als vereveningsjaar 2025 worden gebruikt, vraagt het Zorginstituut het PER-bestand en het VPPER-bestand over 2024 met de oude definitie én de nieuwe definitie op. Vanaf 2025 volstaat de uitvraag volgens de nieuwe definitie. Overeenkomstig de aanleverkalender Zvw (zie Tabel 1) levert de zorgverzekeraar het PER-bestand over 2024 aan in kalenderjaar 2024. In de record lay-out van het PER-bestand is verduidelijkt welke definitie gebruikt wordt. Om aanlevering met twee definities voor niet-ingezetenen mogelijk te maken zijn er extra kolommen toegevoegd. Er zijn kolommen toegevoegd voor het woonadres op het peilmoment gebaseerd op het adres in de Basisregistratie Persoonsgegevens. Daarnaast is er een kolom toegevoegd voor de variabele identificatie buitenland op basis van de nieuwe definitie. In kalenderjaar 2024 is de record lay-out van het VPPER-bestand niet gewijzigd omdat de aanlevering over 2024 pas plaatsvindt in kalenderjaar 2025.

<sup>11</sup> Zie Regeling risicoverevening 2024, Toelichting artikel 5

<sup>12</sup> Zie WOR 1191 Advies niet-ingezetenen 2025 en verder.



## Overige wijzigingen

In artikel 1 zijn begripsbepalingen toegevoegd.

De definitie van het Integraal Zorgakkoord en de definitie van het Zorgprestatie­model zijn de definities die het Ministerie van VWS hanteert.

De begripsbepaling van het Handboek Wlz is verduidelijkt. De naam van het 'Handboek informatie Zorgverzekeringswet' is gewijzigd naar 'Gegevensuitvraag' en de bijbehorende begripsbepaling is verduidelijkt.

Overloopkosten zijn gedefinieerd als kosten voor declaraties uit een bepaald jaar die bij een zorgverze­keraar binnenkomen nadat dit jaar in de risicoverevening definitief is geworden.

De aanleverkalender Zvw bij artikel 2 is uitgebreid met een kolom voor de afgekorte naam van het bestand, dat wordt gebruikt bij de aanlevering van de gegevens. De naamgeving van de bestanden is aangepast in uniformiteit met de informatie gegeven op [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl) en in de Gegevensuitvraag.<sup>13</sup>

In de record lay-outs van het PER- en VPPER-bestand zijn verduidelijkingen toegevoegd over de peildatum van het aan te leveren woonadres.

Vanaf 2024 is de peildatum voor de prolongatiedatum van de bepaling van de verzekerdenstanden en de leeftijd van verzekerden voor het bestand Verzekerdenstanden gewijzigd naar de eerste dag van de maand.

Met de jaarstaat 2023 wordt specifieke informatie B (de catastrofeschadelast) definitief aangeleverd. De definitieve catastrofeschadelast wordt hier op gebaseerd op basis van artikel 33 van de Zvw. De kwartaalstaten 2024 bevatten geen specifieke informatie B.

Vanwege de introductie van een bandbreedteregeling op modelovereenkomstniveau voor de variabele zorgkosten voor vereveningsjaar 2023, worden in de jaarstaat 2023 de variabele zorgkosten per modelovereenkomst gespecificeerd, en worden in het VPPER- en OBSN-bestand 2023 verzekerden per modelovereenkomst opgegeven. De zorgverzekeraar levert in de jaarstaat 2023 specifieke informatie A naast de reguliere aanlevering de variabele zorgkosten per modelovereenkomst(en) aan. In het VPPER- en OBSN-bestand 2023 levert de zorgverzekeraar een regel per verzekerdenperiode, per modelovereenkomst aan.

Aan de opgave van de contractinformatie specifieke informatie C wordt in de 4e kwartaalstaat naast de contractafspraken een raming van het geraamde aantal verzekerden voor het komende jaar toegevoegd. De ASCII-bestanden met contractinformatie op MSZ op AGB niveau worden niet langer uitgevraagd. De geaggregeerde contractinformatie in de Specifieke informatie C zal wel doorgang vinden.

In het Integraal zorgakkoord (IZA) is opgenomen dat er transformatiegelden beschikbaar worden gesteld aan de zorg om de transitie naar passende zorg op gang te helpen. De zorgverzekeraar verantwoordt de transformatiemiddelen op grond van de daadwerkelijk gemaakte kosten. De totale opgave mag echter niet hoger zijn dan het maximale bedrag in de beschikking van de NZa. De zorgverzekeraar verantwoordt de kosten in het jaar dat het (deel)resultaat (de mijlpaal), zoals opgenomen in de toekenningsbeschikking afgegeven door de NZa, is behaald. Bij de raming van de transformatiemiddelen houdt de zorgverzekeraar ook rekening met de hoogte van het verwachte beschikkingsbedrag voor kansrijke aanvragen waarvoor de beschikking nog niet door de NZa is afgegeven.

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 de Gegevensuitvraag. Al deze informatie is verwerkt in de formats en de record lay-outs, in de bijlagen van deze regeling. Meer informatie over alle wijzigingen is te vinden in de Gegevensuitvraag, gepubliceerd op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl).<sup>14</sup>

<sup>13</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekerders-en-zorgkantoren/risicoverevening-zvw/aanleverkalender-en-productkalender-zvw>;

<sup>14</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/12/14/gegevensuitvraag-2024>



Voor de uitvoering van de Wlz is ook in deze regeling opgenomen welke gegevens de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor moeten aanleveren. De uitwerking hiervan is het Handboek Wlz.

## **IV. Zvw**

### **III.1 Aanlevering gegevens Zvw**

Het Zorginstituut voert voor de Zvw verschillende taken uit waarvoor de zorgverzekeraar op regelmatige basis gegevens moeten verstrekken. Het gaat met name om de uitvoering van de risicoverevening, het fondsbeheer, de advisering over het pakket, de bevordering en het transparant maken van kwaliteit en de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021. De gegevens worden ook gebruikt voor het, gevraagd en ongevraagd, signaleren van ontwikkelingen in de zorgkosten. Ook de Wlz-uitvoerder moet gegevens ten behoeve van de risicoverevening aanleveren. Het Zorginstituut dient ter uitvoering van zijn taken de kwaliteit, toegankelijkheid en de kosten van de zorg te bewaken. De wettelijke taken van het Zorginstituut met betrekking tot de vereveningsbijdrage zijn neergelegd in de artikelen 32, 33 en 34 van de Zvw. Op grond daarvan heeft het Zorginstituut tot taak het toekennen en vaststellen van de vereveningsbijdrage en het vaststellen van beleidsregels waarin wordt aangegeven op welke wijze toepassing wordt gegeven aan de bij ministeriële regeling vastgestelde regels (artikel 32, vijfde lid, van de Zvw).

Op grond van artikel 40 van de Zvw is het Zorginstituut fondsbeheerder van het Zorgverzekeringsfonds. In die hoedanigheid dient het Zorginstituut te beschikken over een betrouwbaar overzicht van de kosten van de zorg die in het kader van de Zvw zijn gemaakt. In de rapportages die het Zorginstituut als fondsbeheerder ieder kwartaal aan het Ministerie van 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 11a tot en met 11j van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg 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 Centraal Administratiekantoor (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar moet derhalve in de opgave de informatie van het CAK over kosten buitenland verwerken.

### **III.2 Gegevensuitvraag**

In de Gegevensuitvraag heeft het Zorginstituut gedetailleerd opgenomen welke gegevens de zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerder moeten aanleveren. In de Gegevensuitvraag staan geen aanvullende regels met betrekking tot de aanlevering van gegevens en de verantwoording van kosten. De Gegevensuitvraag is te zien als een uitgebreide en gedetailleerde toelichting op de onderhavige regeling. Het Zorginstituut stelt de Gegevensuitvraag jaarlijks aan iedere zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder beschikbaar. De Gegevensuitvraag is tevens te raadplegen op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl).<sup>15</sup>

### **III.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 Zvw. De zorgverzekeraar verantwoordt dan ook uitsluitend kosten van prestaties die ten laste van de Zvw vergoed kunnen worden. Dit brengt als vanzelf met zich mee dat coulancebetalen, extra verstrekkingen die niet onder de verzekerde zorg vallen via collectiviteiten en kosten na de datum van administratieve verwerking van de uitschrijving in verband met beëindiging van de verzekeringsplicht niet verantwoord mogen worden.

<sup>15</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>



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 de zorgverzekeraar bijbetalingen van verzekerden voor niet gecontracteerde zorg en bijbetalingen in geval de tarieven boven een marktconform bedrag liggen niet verantwoordt.

(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 zorgverzekeraar houdt 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 de zorgverzekeraar en zorgaanbieders. De zorgverzekeraar registreert deze verrekeningen op een zodanige wijze dat alleen die kosten worden verantwoord die daadwerkelijk door de zorgverzekeraar zijn gemaakt. De verrekeningen over jaar t moeten uiterlijk in de jaarstaat t+2 verwerkt zijn, ook in de verdeling naar codenummers en in de gevraagde specificaties. De kosten, na verrekening, moeten op een juiste wijze aan de individuele verzekerden worden toegerekend. In verband met de verantwoordingen op verzekerdeniveau voor de risicoverevening registreert de zorgverzekeraar de kosten van geleverde prestaties op verzekerdeniveau, ongeacht de vorm en inhoud van de gemaakte inkoopafspraken. De verrekening tussen de zorgverzekeraar 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 lumpsum-financiering onderwerp van controle is. Ook als de zorgverzekeraar prestaties volgens het representatiemodel inkoopt dan moeten de kostentoe-rekeningen 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.

### **III.4 Formats kwartaal- en jaarstaten Zvw**

De formats voor de kwartaal- en jaarstaten in bijlagen 1a t/m 1e zoals gepubliceerd op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)<sup>16</sup> zijn onderverdeeld in specifieke informatie A, specifieke informatie B 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 specifieke informatie B bevat COVID-19-kosten en wordt gebruikt bij het vaststellen van de definitieve catastrofebijdrage.

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 en B in de jaarstaat moeten door de zorgverzekeraar met een accountantsproduct worden aangeleverd.

### **III.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

<sup>16</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>





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 zorgverzekeringsspolis. 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 de zorgverzekeraar 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 de Gegevensuitvraag.

### ***III.6 Record lay-outs uitvraag Kosten per verzekerde***

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 de Gegevensuitvraag is gedetailleerd beschreven welke kosten het per deelbedrag betreft. Ook is opgenomen op welke wijze de zorgverzekeraar de opbrengstverrekeningen verwerkt in het bestand 'Kosten per verzekerde'.

### ***III.7 Format Opgave verzekerden zonder (geverifieerd) BSN***

De gegevensuitvraag betreffende verzekerden zonder BSN is zowel in de Gegevensuitvraag als in onderdeel VI.4 van de toelichting 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 moet de zorgverzekeraar enige gegevens aanleveren.

## **V Wlz**

### ***IV.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.

### ***IV.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 en zorgkantoor beschikbaar. Het Handboek Wlz is



tevens te raadplegen op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl).<sup>17</sup>

### IV.3 Formats kwartaalstaat Wlz

De formats voor de kwartaalstaat Wlz in bijlagen 4 en 5, zoals gepubliceerd op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)<sup>18</sup> bestaan uit specificaties voor aanlevering voor Wlz-uitvoerders en zorgkantoren, en specificaties persoonsgebonden budget (PGB), beheerskosten en aantal Wlz-verzekerden.

## VI. Toelichting bij de bijlagen

### V.1 Toelichting bij bijlage 1a tot en met 1e, formats jaarstaat en kwartaalstaten, behorend bij artikel 2 en 3

#### Instructie opgave kostenverzamelstaat, specifieke informatie A en specifieke informatie B

Op de website van het Zorginstituut zijn de invulformats voor de kostenverzamelstaat specifieke informatie A en B beschikbaar.<sup>19</sup> Lege formats van de jaar- en kwartaalstaten zijn bijlage van deze regeling en geven een beeld van de toepasselijke kostencodes en de gevraagde informatie in de jaar- en kwartaalstaat.<sup>20</sup>

Bij de opgave van de kostenverzamelstaat, specifieke informatie A, en specifieke informatie B wordt gebruik gemaakt van de nadere omschrijving van de kostencodes in de Gegevensuitvraag. De verantwoording van kosten verschilt per schadejaar. Dit wordt gespecificeerd in de Gegevensuitvraag. De zorgverzekeraars houdt bij de opgave rekening met het volgende:

- Bij de lasten over een schadejaar wordt het totaal van de tot en met 31 december van het schadejaar ontvangen declaraties opgenomen van de aan verzekerden verleende zorg, geopende DBC's en eventueel de continuïteitsbijdrage en COVID-19-kosten (met inachtneming van de bovengenoemde verschillen in verantwoording COVID-19-kosten per schadejaar);
- In de balanspost worden de declaraties opgenomen over het schadejaar die na 31 december van het schadejaar zijn ontvangen en betrekking hebben op de verleende zorg, geopende DBC's en eventueel de continuïteitsbijdrage en COVID-19-kosten, en de meest actuele raming van de na 31 december van het schadejaar nog te ontvangen declaraties. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord;
- Het verschil tussen de kolom met lasten inclusief balanspost en de kolom met ontvangen en geaccepteerde declaraties is gelijk aan de balanspost. Voor de kwartaalstaten wordt de balanspost over het hele jaar elk kwartaal geactualiseerd;
- 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.
- Bij de definitieve aanlevering van een schadejaar verwerkt de zorgverzekeraar de verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten (bijvoorbeeld door plafondafspraken of aanneemsommen) in zowel specifieke informatie A als B.

#### Opbouw format kwartaalstaat 2024, schadejaren 2022, 2023, 2024

	Specifieke informatie A (reguliere risicoverevening)
<b>Kolom 1</b>	Lasten 2024 inclusief balanspost
<b>Kolom 2</b>	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal 2024
<b>Kolom 3</b>	Lasten 2023 inclusief balanspost
<b>Kolom 4</b>	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2023
<b>Kolom 5</b>	Lasten 2022 en ouder inclusief balanspost
<b>Kolom 6</b>	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2022 en ouder

<sup>17</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>

<sup>18</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>

<sup>19</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>

<sup>20</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/informatie-voor-zorginstanties-verzekeraars-en-zorgkantoren>



## Opbouw format jaarstaat 2023, schadejaren 2020, 2021, 2022, 2023

	Specifieke informatie A (reguliere risicoverevening)	Specifieke informatie B (catastrofeschedelast)
<b>Kolom 1</b>	Lasten 2023 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021
<b>Kolom 2</b>	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2023	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020
<b>Kolom 3</b>	Lasten 2022 inclusief balanspost	Totaal ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2020 en 2021
<b>Kolom 4</b>	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2022	
<b>Kolom 5</b>	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021 en ouder	
<b>Kolom 6</b>	–	

### COVID-19-kosten

De verantwoording van de COVID-19-kosten verschilt per schadejaar.

Voor schadejaar 2020 worden direct patiëntgebonden COVID-19-kosten, indirecte meerkosten COVID-19 en toeslagen COVID-19 opgenomen de kostenverzamelstaat specifieke informatie A en specifieke informatie B:

- Kostenverzamelstaat specifieke informatie A (reguliere risicoverevening) = reguliere kosten + direct patiëntgebonden COVID-19-kosten + continuïteitsbijdrage + meerkosten COVID-19, indirect en meerkosten COVID-19, toeslagen (voor rubriek 01 en rubriek 04).
- Kostenverzamelstaat specifieke informatie B (catastrofeschedelast) = direct patiëntgebonden COVID-19-kosten + meerkosten COVID-19, indirect en meerkosten COVID-19, toeslagen (voor rubriek 01 en rubriek 04).

Voor schadejaar 2021 worden de COVID-19-kosten niet opgenomen in kostenverzamelstaat specifieke informatie A (reguliere risicoverevening), maar alleen in specifieke informatie B (catastrofeschedelast):

- Kostenverzamelstaat specifieke informatie A (reguliere risicoverevening) = reguliere kosten + continuïteitsbijdrage.
- Kostenverzamelstaat specifieke informatie B (catastrofeschedelast) = direct patiëntgebonden COVID-19-kosten + meerkosten COVID-19, indirect en meerkosten COVID-19, toeslagen (voor rubriek 01 en rubriek 06).

Vanaf schadejaar 2022 vervalt de continuïteitsbijdrage en vervalt specifieke informatie B. Alle kosten worden verantwoord onder specifieke informatie A (reguliere risicoverevening):

- Kostenverzamelstaat specifieke informatie A (reguliere risicoverevening) = reguliere kosten inclusief direct patiëntgebonden COVID-19-kosten + meerkosten COVID-19, indirect en meerkosten COVID-19, toeslagen (voor rubriek 06).

Vanaf schadejaar 2023 vervalt de kostencode van de meerkosten COVID-19, indirect. De kostencode meerkosten COVID-19, toeslagen, van rubriek 6 blijft beschikbaar. Alle kosten worden verantwoord onder specifieke informatie A:

- Kostenverzamelstaat specifieke informatie A (reguliere risicoverevening) = reguliere kosten inclusief direct patiëntgebonden COVID-19-kosten + meerkosten COVID-19, toeslagen (voor rubriek 06).

Vanaf schadejaar 2024 vervallen ook meerkosten COVID-19, toeslagen (rubriek 06) en worden geen aparte COVID-19-kosten meer uitgevraagd.

### Overloopkosten

De overloopkosten van de continuïteitsbijdrage en van COVID-19-kosten uit 2020 of 2021 worden verantwoord onder:

- De overloopkosten van de continuïteitsbijdrage van schadejaar 2020 worden zonder balanspost uitgevraagd in jaarstaat 2023, specifieke informatie A. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen variabel en GGZ.
- De overloopkosten van de continuïteitsbijdrage van schadejaar 2021 en 2020 worden inclusief balanspost uitgevraagd in kwartaalstaat 2024, specifieke informatie A. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar schadejaar en tussen variabel en GGZ.
- De overloopkosten van COVID-19-kosten van schadejaar 2020 en 2021 worden na afsluiting van



specifieke informatie B uitgevraagd in kwartaalstaat 2024, specifieke informatie A. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar schadejaar en naar patiënt gebonden kosten, indirecte meerkosten en toeslagen, en onderscheid naar variabel en GGZ

### **Instructie opgave contractinformatie**

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

- Aanneemsommen: (deel)contracten waarbij de aanbieder tegen een vast bedrag voor het jaar de zorg levert;
- Plafondcontracten: contracten die wel een maximumomzet maar geen minimumomzet kennen;
- Nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten: dit betreft bonus-malus regelingen die in de aanneemsomcontracten en plafondcontracten zijn opgenomen. Onder deze categorie neemt de zorgverzekeraar alleen de inschatting van de uit de nacalculatie verwachte voortvloeiende kosten op. Het betreft onder andere specifieke nacalculaties die niet leiden tot een aanpassing van een breder geldend plafond, omdat dit bijvoorbeeld de prikkel voor de zorginstelling vermindert. Mogelijk wordt in plaats daarvan juist meer ruimte op andere afspraken en/of extra middelen gehonoreerd. Deze bonusopbrengsten (of maluskortingen als een doel niet wordt gehaald) kunnen dan opgevat worden als nacalculatie. Voorbeelden zijn bonusregelingen als een zorginstelling een bepaalde voorwaarde haalt, bijvoorbeeld een (permanente) verbetering van de kwaliteit van de zorg, innovatieve kosten besparingen door verbeteringen in de planbare zorg of sturen op zinnige zorg en het behalen van substitutie of samenwerkingsdoelstellingen;
- Openeindecontracten: contracten die geen enkele beperking of garantie van de omzet kennen. Vergelijkbare contractvormen, waaronder staffelafspraken, neemt de zorgverzekeraar hier ook 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 (van het afgesproken plafond, dus exclusief de nacalculatieafspraken bij plafondcontracten). Als bij gezamenlijke inkoop 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'.

- Lopende onderhandelingen:  
De zorgverzekeraar neemt hier de meest waarschijnlijke uitkomst van de nog in onderhandeling zijnde contracten op.
- Niet gecontracteerde zorg:  
Als vanaf het begin duidelijk is dat er niet onderhandeld zal worden of als de onderhandelingen nergens op uit zijn gekomen, dan neemt de zorgverzekeraar de verwachte lasten van deze zorgaanbieder mee in de raming van de niet-gecontracteerde zorg.

### ***V.2 Toelichting bij bijlage 2, record lay-outs uitvraag 2024 risicoverevening, behorend bij artikel 2 en artikel 3;***

#### **Bestanden risicoverevening**

De bestanden risicoverevening worden aangeleverd volgens de record lay-outs.

#### **Afsluitdatum bestanden**

Er geldt een minimale afsluitdatum van 1 maart voor de bestanden Kosten per verzekerde 2021 en 2022, Farmaciegegevens 2023, Add-on geneesmiddelen 2022, DBC's somatisch 2022, GGZ-gegevens 2022, Hulpmiddelengegevens 2023, Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2023 en Wlz-gegevens 2023.

De minimale afsluitdatum houdt in dat op zijn minst alle declaraties die tot 1 maart 2024 binnen zijn gekomen meegenomen moeten worden.

#### **Instructie Kosten per verzekerde**

In het definitieve bestand Kosten per verzekerde 2021 betreft u uitsluitend de tot en met 31 december 2023 op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor de in 2021 verleende hulp



en de in 2021 geopende DBC's. Verrekeningen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder als gevolg van overeengekomen lumpsumfinanciering dan wel het overeengekomen plafondbedrag worden in deze definitieve opgave verwerkt.

Voor de verrekening van prijsarrangementen van extramurale en intramurale geneesmiddelen volgt de zorgverzekeraar de gezamenlijk gemaakte afspraken.

Kosten die niet op verzekerdenniveau bekend zijn dienen via een logische verdeelsleutel toegerekend te worden aan individuele verzekerden en de deelbijdragen. In het bestand Kosten per verzekerde 2021 neemt de zorgverzekeraar de volgende kosten niet mee: vaste zorgkosten en kosten van kwaliteitsgelden zoals verantwoord bij rubriek 16 in de jaarstaat, en de indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen. Als kosten buitenland via Zorginstituut Nederland neemt de zorgverzekeraar mee de door hem goedgekeurde declaraties van kosten met transactiejaar 2021.

De zorgverzekeraar neemt geen raming op van nog te ontvangen declaraties.

### ***V.3 Toelichting bij bijlage 3, Format Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2023, behorend bij artikel 2 en artikel 3***

#### 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 uitzonderings-situatie 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 moet de zorgverzekeraar zich extra inspannen om ervoor te zorgen dat de juiste en bij die persoon horende gegevens worden verzameld, 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 zorgverzekeraar doet 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 BSN aan te vragen.

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

#### **Verzekerden zonder BSN**

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



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

#### **Verzekerden zonder (geverifieerd) BSN**

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.

#### ***V.4 Toelichting bij bijlage 5, Format kwartaalstaat Wlz 2024, specificaties PGB, beheerskosten en aantal Wlz-verzekerden, behorend bij artikel 4.***

##### 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 (dan wel digitaal, waar fysiek niet mogelijk is) uitgevoerd huisbezoek (niet in combinatie met een bewuste-keuze gesprek) waarvan de uitkomsten voor 1 januari 2024 intern geadmistreerd 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.

S. Wijma