

## Externe integratie

### Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg

#### AW319-AW320

Versie EI-standaarden: 1.4  
06-04-2012

Versiedatum:

#### **INVULINSTRUCTIES [INV]**

#### **Aanwijzingen bij het gebruik van het EI-bericht**

Uitgave document: 14

Uitgavedatum: 15-10-2019

Kenmerk: AW319-AW320v1.4\_INVu14.pdf

## **Adres- en contactgegevens**

### Correspondentie-adres

Vektis C.V.  
Postbus 703  
3700 AS ZEIST

### Bezoekadres

Vektis C.V.  
Sparrenheuvel 18  
3708 JE ZEIST

Telefoon: 030 – 8008 300

Voor veel gestelde vragen en om je specifieke vraag te stellen kun je terecht op de website van Vektis: [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl).

Informatie over standaarden kun je vinden op [www.vektis.nl/streams/standaardisatie](http://www.vektis.nl/streams/standaardisatie).

De inhoud van de Vektis standaardisatie documentatie is met uiterste zorgvuldigheid tot stand gebracht. De inhoud wordt regelmatig gecontroleerd en geactualiseerd. Vektis kan echter niet aansprakelijk worden gesteld voor de juistheid, volledigheid en actualiteit van de website. Vektis is niet aansprakelijk voor eventuele schade of consequenties ontstaan door direct of indirect gebruik van de inhoud van de documentatie.

Informatie uit deze documentatie mag je overnemen mits je daarbij de bron vermeldt.

## Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg

Deze invulinstructie hoort bij de laatste uitgaven van de volgende AW319-AW320v1.4 documentatie:

- Berichtspecificatie AW319v1.4;
- Berichtspecificatie AW320v1.4;
- Standaardbeschrijving AW319-AW320.

### Revisiehistorie EI-standaard

Versie EI-standaard	Uitgave document	Aard/reden wijzigingen	Datum uitgave
1.4	14	Wijzigingen in het kader van Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patientengroepen.	9-10-2019
1.4	13	Correctief onderhoud: Aanvullende Geneeskundige Zorg (AGZ)	08-07-2019
1.4	12	Correctief onderhoud ZG	11-06-2019
1.4	11	Correctief onderhoud: declaratiemethode (4.2.7)	01-04-2019
1.4	10	Verduidelijking gebruik Debet/Credit na wijzigingen in het kader van de iWlz 2.0 per 01-04-2018	08-01-2018
1.4	9	Wijzigingen in het kader van de iWlz 2.0 per 01-04-2018. Het betreft de vulling van de velden m.b.t. de identificatie van cliënt en de functiecode.	01-10-2017
1.4	8	Correctief onderhoud: declaratiemethode (4.2.7)	15-11-2016
1.4	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beleidswijzigingen voor 2017, toevoegen Eerstelijnsverblijf en</li> <li>• 'AWBZ' terminologie wijzigen in 'Wlz, WV, ELV en ZG zorg' en 'zorgkantoor'.</li> </ul>	07-09-2016
1.4	6	Correctief onderhoud: paragraaf 4.2.3 - toepassing AGB-codes.	17-11-2014
1.4	5	Overheveling wijkverpleging en zorg zintuiglijk gehandicapten naar Zvw per 1-1-2015	08-07-2014
1.4	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correctief onderhoud naar aanleiding van Veranderagenda 2014</li> <li>• Aanpassing aan nieuw template (geen inhoudelijke wijzigingen)</li> </ul>	01-07-2013
1.4	3	Kleine correcties	08-04-2013
1.4	2	Kleine correcties	18-07-2012
1.4	1	Correctief onderhoud	06-04-2012

### Doelgroepen

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg

- Zorgkantoren en zorgverzekeraars
- Zorgaanbieders
- Servicebureaus

## **Status**

De eerste versie van de EI-standaard is opgesteld in afstemming met Zorgverzekeraars Nederland, zorgverzekeraars, Actiz, GGZ Nederland, VGN, zorgaanbieders (AWBZ) en softwareleveranciers van zorgaanbieders (AWBZ).

## **Beheer EI-standaard**

De EI-standaarden worden functioneel beheerd door Zorgverzekeraars Nederland. Het technisch beheer wordt uitgevoerd door Vektis C.V.

## Inhoudsopgave

1	Inleiding .....	7
2	Generieke invulinstructie EI <b>Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg</b> .....	8
2.1	Inleiding .....	8
2.2	Invulinstructies algemeen .....	9
2.2.1	Vullen mandatory veld .....	9
2.2.2	Vullen conditioneel veld .....	10
2.2.3	Vullen optioneel veld .....	11
2.3	Invulinstructie per gegevenselement .....	12
2.3.1	Kenmerk record .....	12
2.3.2	Adres-identificatievelden bij verschillende berichtstromen .....	12
2.3.3	Factuurnummer declarant .....	21
2.3.4	Identificatie detailrecord .....	21
2.3.5	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde, verzekerdenummer en cliëntnummer .....	23
2.3.6	Naam verzekerde (01) (02), Naamcode/naamgebruik (01) (02) (03) .....	24
2.3.7	Voorvoegsel verzekerde (01) (02) .....	26
2.3.8	Huisnummer (huisadres) verzekerde, huisnummer (huisadres) debiteur .....	26
2.3.9	Soort relatie debiteur .....	27
2.3.10	Tarief prestatie (incl. BTW) .....	27
2.3.11	Berekend bedrag (incl. BTW) .....	27
2.3.12	Declaratiebedrag (incl. BTW) .....	28
2.3.13	Berekend bedrag als grondslag voor vergoeding .....	28
2.3.14	Werken met de grondslag .....	29
2.3.15	Referentienummer dit prestatierecord .....	29
2.3.16	Creditdeclaratie en referentienummers .....	29
2.3.17	Prestatierecord en prestatiecode .....	30
3	Generieke invulinstructie EI Retourinformatiebericht Declaratie Wlz, WV, ELV en ZG zorg .....	31
3.1	Inleiding .....	31
3.2	Bestandscontroles en voorbeeld vulling retourbericht .....	31
3.3	Recordcontroles en voorbeeld vulling retourbericht .....	38
4	Specifieke invulinstructie EI Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg .....	46
4.1	Inleiding .....	46
4.2	Invulinstructie per onderwerp (groep) gegevenselement(en) .....	48
4.2.1	Wijkverpleging, Eerstelijnsverblijf, <b>Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiëntgroepen</b> en Zorg zintuiglijk gehandicapten in Zvw .....	48
4.2.2	UZOVI-nummer .....	49
4.2.3	Zorgaanbieder .....	50

4.2.4	Declaratieperiode.....	52
4.2.5	Logische sleutels verzekerdenrecord .....	54
4.2.6	Logische sleutels prestatiercord .....	56
4.2.7	Declareren prestaties over één of meerdere declaratieperiodes .....	57
4.2.8	Declareren prestaties per declaratieperiode.....	61
4.2.9	Aantal uitgevoerde prestaties .....	63
4.2.10	Behandelaar/uitvoerder .....	64
4.2.11	Voorschrijver/verwijzer.....	64
4.2.12	Declareren ZZP's en VPT .....	65
4.2.13	Declareren gedeelde ZZP's .....	65
4.2.14	Declareren GZ .....	65
4.2.15	Declareren bijbehorende/aanvullende prestaties .....	66
4.2.16	Mutatiedagen (V&V).....	67
4.2.17	Kortdurend verblijf.....	67
4.2.18	Creditering .....	68
4.2.19	Functiecode, zorgzwaartepakketcode .....	69
4.2.20	Tijdseenheid zorgperiode .....	70
4.2.21	Zorgplan = realisatie .....	70
4.2.22	Jaarovergang .....	71
5	Bijlagen.....	72
5.1	Mutatieoverzicht .....	72

## 1 Inleiding

Dit document betreft een invulinstructie bij het gebruik van de standaarden Externe integratie (Retourinformatie) ) **Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg** AW319-AW320, versie 1.4, 06-04-2012.

De invulinstructie heeft tot doel informatie te geven over hoe de soms complexe situaties in de werkelijkheid zijn te vertalen naar het vullen van één of meer rubrieken in de EI-standaard. In het document Standaardbeschrijving Externe integratie Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg (AW319-AW320v[n.n]\_STBu[n]) staan de hoofdlijnen vermeld. In de Standaardbeschrijving (STB) en in de Berichtspecificaties (BER) is echter onvoldoende ruimte om alle bijzonderheden per soort zorg in voldoende mate te verantwoorden.

De invulinstructie bevat een generiek deel en een specifiek deel. Het generieke deel sluit aan bij de gegevens in het generiek format voor de EI-declaratiestandaarden. Het specifieke deel behoort bij de gegevens die specifiek zijn voor deze EI-standaard.

In het generieke deel kan bij uitzondering zijn afgeweken van de generieke tekst. Deze tekstdelen worden *cursief* weergegeven.

## 2 Generieke invulinstructie EI **Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg**

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is een invulinstructie opgenomen voor algemene zaken en voor verschillende gegevens of groepen van gegevens die voorkomen in het generiek format voor de EI-declaratiestandaarden. De invulinstructie heeft betrekking op alle soorten zorg. In het geval er specifieke oplossingen (uitzonderingen zijn), dan worden deze per soort zorg benoemd. Invulvoorbeelden voor algemene onderwerpen staan in paragraaf 2.2; de meer specifieke invulvoorbeelden worden beschreven in paragraaf 2.3.

Tabel 2-1 toont een overzicht van de gegevens (groepen) met een verwijzing naar de desbetreffende rubriek(en).

**Tabel 2-1 Invulinstructie per gegeven (rubriek)**

Rubriek-nr.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Paragraaf
0101 0201 0301 0401 9801 9901	<b>Kenmerk record</b>	COD001-VEK4		2.3.1
0108 0109 0110 0111 0112	<b>UZOVI-nummer</b> <b>Code servicebureau</b> <b>Zorgverlenerscode</b> <b>Praktijkcode</b> <b>Instellingscode</b>	COD061-VEKT COD377-VEKT COD009-VEKT COD181-VEKT COD031-VEKT	0203, 0204, 0205, 0207, 0303, 0403, 0404, 0405	2.3.2
0116	<b>Factuurnummer declarant</b>	NUM040-VEKT		2.3.3
0202 0302 0402 9802	<b>Identificatie detailrecord</b>	NUM040-VEKT		2.3.4
0203 0403 0205 0405	<b>Burgerservicenummer (BSN)</b> <b>verzeerde</b> <b>Verzeerdnummer</b> <b>(inschrijvingsnummer, relatienummer)</b>	NUM313-GBA  NUM003-ZNET	0207  0207	2.3.5



Rubriek-nr.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Paragraaf
0210	Naam verzekerde (01)	NAM193-NEN	0307, 0310, 0306, 0309, 0313	2.3.6
0213	Naam verzekerde (02)	NAM191-NEN		
0209	Naamcode/ naamgebruik	COD700-NEN1		
0212	(01)	COD701-NEN1		
0216	Naamcode/ naamgebruik (02)	COD829-NEN1		
	Naamcode/ naamgebruik (03)			
0211	Voorvoegsel verzekerde (01)	NAM194-NEN	0308, 0311	2.3.7
0214	Voorvoegsel verzekerde (02)	NAM192-NEN		
0219	Huisnummer (huisadres) verzekerde	NUM030-NEN	0316	2.3.8
0326	Soort relatie debiteur	COD819-VEKT	0223	2.3.9
0425	Tarief prestatie (incl. BTW)	BED160-VEKT		2.3.10
0426	Berekend bedrag (incl. BTW)	BED153-VEKT		2.3.11
0429	Declaratiebedrag (incl. BTW)	BED161-VEKT		2.3.12
0431	Referentienummer dit prestatierecord	NUM362-VEKT	04nn	2.3.15
0417	Prestatiecode	CODNNN-VEKT	04nn	2.3.17

## 2.2 Invulinstructies algemeen

In deze paragraaf volgen voorbeelden van het vullen van mandatory, conditionele en optionele velden.

Het teken **█** geeft in de volgende voorbeelden een spatie weer. Dit teken maakt in werkelijkheid geen deel uit van de karakters in een EI-bericht!

### 2.2.1 Vullen mandatory veld

<b>Situatie</b>		
Het veld NAAM VERZEKERDE (01) wordt <b>altijd</b> met een waarde gevuld. Een leeg veld is niet toegestaan.		
<b>Kenmerken veld</b>		
Mandatory, 25 posities, alfanumeriek		
<b>Casus</b>	<b>Waarde</b>	<b>Vulling in veld</b>
Mevr. De Jong	'Jong'	Jong <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b> <b>█</b>

<b>Situatie</b>		
Het veld TARIEF PRESTATIE (INCL. BTW) wordt <b>altijd</b> met een waarde gevuld. Een leeg veld is niet toegestaan.		
<b>Kenmerken veld</b>		
Mandatory, 8 posities, numeriek		
Casus	Waarde	Vulling in veld
Het tarief bedraagt €35,-	3500 (cent)	00003500

## 2.2.2 Vullen conditioneel veld

Het veld voorvoegsel verzekerde (01)/(02) is een conditioneel alfanumeriek veld van 10 posities. In een berichtspecificatie is bij dit veld een constraint/conditie opgenomen, als volgt:  
 Conditie: *als de naam een voorvoegsel bevat dan vullen verplicht, anders vullen met spaties.*

In het geval van een verzekerde "de Winter" wordt het veld voorvoegsel verzekerde (01) met de werkelijke waarde 'de' gevuld. Het veld wordt links uitgelijnd en rechts aangevuld met acht spaties.

In het geval van een verzekerde "Winter" wordt het veld voorvoegsel verzekerde (01) met de escapewaarde 'spaties' gevuld.

<b>Situatie</b>			
Het veld VOORVOEGSEL VERZEKERDE (01) wordt in het geval van een voorvoegsel 'de' met de waarde 'de' gevuld. Bij ontbreken van een voorvoegsel wordt het veld gevuld met de escapewaarde voor een alfanumeriek veld.			
<b>Kenmerken veld</b>			
Conditioneel, 10 posities, alfanumeriek			
Casus	Conditie	Waarde	Vulling in veld
Mevr. De Jong	Conditie is geldig	'de'	de ■■■■■■■■
Heer Pietersen	Conditie is niet geldig	n.v.t.	■■■■■■■■■■

<b>Situatie</b>			
Het veld AANDUIDING DIAGNOSECODELIJST wordt in het geval van landelijke afspraken gevuld met een waarde uit de codelijst. Als landelijke afspraken ontbreken dan wordt het veld gevuld met de escapewaarde voor een numeriek veld.			
<b>Kenmerken veld</b>			
Conditioneel, 3 posities, numeriek			
Casus	Conditie	Waarde	Vulling in veld
Diagnosecode voor logopedie is van toepassing	Conditie is geldig	'012'	012

Vooralsnog geen afspraken voor diagnosecodelijst eerstelijnspsychologie	Conditie is niet geldig	n.v.t.	000
---	-------------------------	--------	-----

### 2.2.3 Vullen optioneel veld

Het veld patient(identificatie)nummer verzekerde is een optioneel alfanumeriek veld van 11 posities. Een zorgverzekeraar is met een zorgaanbieder overeengekomen dat dit veld gevuld dient te worden indien het bekend is en als het niet bekend is dan wordt het gevuld met een dummywaarde 'ZZZZZZZZZZ'.

In het geval van een verzekerde "Winter" met een patient(identificatie)nummer A123456 wordt het veld patient(identificatie)nummer met de werkelijk waarde 'A123456' gevuld. Het veld wordt links uitgelijnd en rechts aangevuld met vier spaties.

In het geval van een verzekerde "Zomers" waarvan het veld patient(identificatie)nummer niet bekend is wordt het veld patient(identificatie)nummer met de dummy waarde "ZZZZZZZZZZ" gevuld.

Een andere zorgverzekeraar is met dezelfde zorgaanbieder geen afspraak overeengekomen over het vullen van dit veld. In het geval van deze zorgverzekeraar wordt het veld patient(identificatie)nummer altijd gevuld met de escapewaarde  (= 11 spaties).

<b>Situatie</b>			
Het veld PATIENT(IDENTIFICATIE)NUMMER wordt in het geval van een afspraak tot vullen gevuld met een werkelijk waarde. Als het veld niet bekend is dan wordt het gevuld met een afgesproken dummywaarde. In het geval geen afspraak over het vullen is gemaakt dan wordt het veld gevuld met de 'escapewaarde' voor een alfanumeriek veld.			
<b>Kenmerken veld</b>			
Optioneel, 11 posities, alfanumeriek			
Casus	Afspraak	Waarde	Vulling in veld
Mevr. Winter is bekend met nummer A123456	Er is een afspraak, waarde bekend	'A123456'	A123456 
Nummer van heer Zomers is niet bekend	Er is een afspraak, waarde is niet bekend	?	ZZZZZZZZZZ
Mevr. Van Lente heeft wel nummer, maar geen bilaterale afspraken over vulling van het veld	Er is geen afspraak	n.v.t.	

<b>Situatie</b>			
Het veld CODE INFORMATIESYSTEEM SOFTWARELEVERANCIER wordt in de huidige situatie vrijwillig gevuld met een werkelijk waarde uit de codelijst. Er zijn hierover geen landelijke afspraken. Als er geen code beschikbaar is of de verzender laat het veld gewoon leeg, dan wordt de 'escapewaarde' voor een numeriek veld gevuld.			
<b>Kenmerken veld</b>			
Optioneel, 6 posities, numeriek			
Casus	Afspraak	Waarde	Vulling in veld
Informatiesysteem heeft code 000505	Er is geen afspraak, waarde bekend	'000505'	000505
Informatiesysteem heeft code 000505	Er is geen afspraak, waarde bekend maar wordt niet gevuld	n.v.t.	000000
Informatiesysteem heeft (nog) geen code	Er is geen afspraak, waarde onbekend	n.v.t.	000000

## 2.3 Invulinstructie per gegevenselement

### 2.3.1 Kenmerk record

*Hoe worden de recordtypen uniek geïdentificeerd?*

Elk recordtype heeft een eigen nummer. Het gegevenselement KENMERK RECORD identificeert het recordtype van elk record in het te versturen/ontvangen bestand. Het kenmerk record is in de beschrijving van de recordlay-out te herkennen aan het eerste cijfer van het nummer van het gegevenselement (in de eerste kolom). Bijvoorbeeld '01' staat voor het recordtype 'voorlooprecord'.

### 2.3.2 Adres-identificatievelden bij verschillende berichtstromen

In het declaratieberichtenverkeer zijn 3 berichtstromen te onderkennen:

- declaratie-indiening van de zorgaanbieder bij een zorgverzekeraar [ZA → ZV];
- declaratie-indiening van de zorgaanbieder bij een servicebureau [ZA → SB]; deze kan de declaratie namens de zorgaanbieder verder afhandelen hetzij direct met de cliënt hetzij met de zorgverzekeraar;
- declaratie-indiening van een servicebureau bij een zorgverzekeraar [SB → ZV].

Deze verschillende stromen hebben gevolgen voor de adressering in het voorlooprecord en andere identificerende gegevens in het bericht. De schakel die bestaat uit het declaratieportaal VEZOZO, heeft geen gevolgen voor de invulling van het declaratiebericht.

De wijze van adresseren is ook afhankelijk vanuit welke omgeving de zorgaanbieder de declaratie verstuurt:

- a) de zorgaanbieder is werkzaam in een praktijk;
- b) de zorgaanbieder is werkzaam in een instelling;
- c) de zorgaanbieder betreft een vervoerder of een leverancier van hulpmiddelen.

In de volgende tabel staat beschreven welke velden op welke wijze men dient te vullen bij de verschillende scenario's; dus bij de combinatie van berichtstroom en de werkomgeving van de zorgaanbieder.

Tabel 2-2 Vulling adres-/identificatievelden bij verschillende berichtstromen

berichtstroom verkomgeving zorgaanbieder	ZA → ZV			ZA → SB			SB → ZV		
	ZA in praktijk	ZA = instelling	Lev.hulpm./vervoer *	ZA in praktijk	ZA = instelling	Lev.hulpm./vervoer *	ZA in praktijk	ZA = instelling	Lev.hulpm./vervoer *
	1A	1B	1C	2A	2B	2C	3A	3B	3C
<b>VOORLOOPRECORD</b>									
0108 UZOVI-nummer	UZOVI-nr. X	UZOVI-nr. X	UZOVI-nr. X	niet vullen	niet vullen	niet vullen	UZOVI-nr. X	UZOVI-nr. X	UZOVI-nr. X
0109 Servicebureau	niet vullen	niet vullen	niet vullen	AGB-code servicebureau	AGB-code servicebureau	AGB-code servicebureau	AGB-code servicebureau	AGB-code servicebureau	AGB-code servicebureau
0110 Zorgverlenerscode	AGB-code zorgverlener	niet vullen	AGB-code zorgverlener	AGB-code zorgverlener	niet vullen	AGB-code zorgverlener	AGB-code zorgverlener	niet vullen	AGB-code zorgverlener
0111 Praktijkcode	AGB-code praktijk	niet vullen	niet vullen	AGB-code praktijk	niet vullen	niet vullen	AGB-code praktijk	niet vullen	niet vullen
0112 Instellingscode	niet vullen	AGB-code instelling	niet vullen	niet vullen	AGB-code instelling	niet vullen	niet vullen	AGB-code instelling	niet vullen
0113 Identificatiecode betaling aan	code 02 of 03	code 04	code 02	code 02 of 03	code 04	code 02	code 01, 02 of 03	code 01 of 04	code 01 of 02
<b>VERZEKERDERECORD</b>									
0203 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde					BSN				
0204 UZOVI-nummer					UZOVI-nr. X of ander UZOVI-nr.				
0205 Verzekerdennummer (inschrijvingsnummer, relatienummer)					Verz.nr. AA				
0207 Patientidentificatienummer (patientnummer)					Pat.nr. BB				
Debiteurnummer		niet vullen			Debiteurnr. DD			niet vullen	
<b>DEBITEURRECORD</b>		NIET GEBRUIKEN						NIET GEBRUIKEN	
0303 Debiteurnummer		niet vullen			= Debiteurnr. Verzekerderecord			niet vullen	
<b>PRESTATIERECORD</b>									
0403 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde					= BSN Verzekerderecord				
0404 UZOVI-nummer					= UZOVI-nr. Verzekerderecord				
0405 Verzekerdennummer (inschrijvingsnummer, relatienummer)					= Verzekerdennr. Verzekerderecord				
Doorsturen toegestaan		code 1 (ja)			code 1 (ja) of code 2 (nee)			code 1 (ja)	

ZA = zorgaanbieder  
 ZV = zorgverzekeraar  
 SB = servicebureau  
 \* Leveranciers van hulpmiddelen en vervoerorganisaties beschikken uitsluitend over een AGB-zorgverlenerscode!

Identificatiecode schakel berichtenverkeer	
01	Servicebureau
02	Zorgverlener
03	Praktijk
04	Instelling

## **Gezondheidscentrum, samenwerkingsverband, rechtspersoon**

Hieronder volgt een beschrijving van de wijze van adresseren van een EI-bericht in het geval een gezondheidscentrum, een samenwerkingsverband of een rechtspersoon de declaratie verstuurt.

Algemene uitgangspunten:

- De invulinstructie heeft tot doel aan te geven wie declareert en daarmee aan wie betaald dient te worden.
- Een partij die declareert *namens* een andere partij voert de administratie met betrekking tot de door die ene partij geleverde zorg, echter is niet tegelijk de declarant. De ontvanger van de declaratie dient te betalen aan de partij namens wie de declaratie is verstuurd.
- Een partij die declareert *uit eigen naam* voert de administratie met betrekking tot de door één of meerdere partijen geleverde zorg en is tevens declarant. De ontvanger van de declaratie dient te betalen aan de partij, die uit eigen naam declareert.
- Het is aan een zorgverzekeraar om met een zorgverlener (contractueel) af te spreken of er *namens* of *uit eigen naam* gedeclareerd gaat worden.

### **1 Gezondheidscentrum (zorgverlenersoort = 37), samenwerkingsverband (zorgverlenersoort = 53)**

Algemeen uitgangspunt:

- Omdat niet met zekerheid is vast te stellen of er gezondheidscentra zijn (niet in AGB, maar mogelijk in de werkelijkheid wel) met meerdere praktijken (van dezelfde beroepsgroep), heeft de invulinstructie betrekking op zowel de situatie van één praktijk per beroepsgroep per gezondheidscentrum als de situatie van meerdere praktijken per beroepsgroep per gezondheidscentrum.

Algemene regels:

- In het geval een gezondheidscentrum of een samenwerkingsverband declareert *namens*<sup>1</sup> één individuele zorgverlener of één praktijk, dan dient de praktijk en de individuele zorgverlener in de declarantrubrieken in het voorlooprecord te worden gevuld, en zien we het gezondheidscentrum of het samenwerkingsverband daarin niet terug.
- In het geval een gezondheidscentrum of een samenwerkingsverband declareert *uit eigen naam* en het betreft de zorg geleverd in één of meer praktijken en/of door één of

---

<sup>1</sup> Een gezondheidscentrum of samenwerkingsverband kan binnen de EI-declaratiestandaarden, 1 mei 2007, niet tegelijkertijd, dat wil zeggen binnen één declaratie, namens meerdere zorgverleners of praktijken declareren. Dit omdat niet duidelijk is aan welke zorgverlener of praktijk de betaling dient te gebeuren.

meer individuele zorgverleners al dan niet in loondienst, dan dient het gezondheidscentrum of het samenwerkingsverband in een declarantrubriek in het voorlooprecord te worden gevuld.

Hieronder volgt een uitwerking van deze algemene regels.

1A. Als een gezondheidscentrum of een samenwerkingsverband een declaratie *namens* één individuele zorgverlener of één individuele praktijk verstuurt, dan dient een wijze van vullen van de declarantrubrieken in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1A, 2A of 3A van tabel 2-2 in deze paragraaf van de invulinstructie.

Hierbij wordt in de zorgverlenerscode (0110) [de AGB-code van de individuele zorgverlener \(niet zijnde in loondienst in deze praktijk\)](#) of praktijkhouder en in de praktijkcode (0111) de AGB-code van de praktijk gevuld. Het gezondheidscentrum of het samenwerkingsverband zien we niet in een declarantrubriek terug.

❶ Rubriek 0110 kan met een AGB-code gevuld worden namens één persoon of namens meerdere personen in een praktijk.

Waarnemers bij huisartsen kunnen ook declareren i.p.v. de praktijkhouder, mits een waarnemer gecontracteerd is bij een zorgverzekeraar. Naast de praktijkhouder mogen ook vrijgevestigde zorgverleners declareren, medewerkers in loondienst niet.

1B. Als een gezondheidscentrum of een samenwerkingsverband declareert *uit eigen naam* en het betreft de zorg geleverd in één of meer praktijken en/of door één of meer individuele zorgverleners al dan niet in loondienst, dan dient een wijze van vullen van een declarantrubriek in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1B, 2B of 3B van tabel 2-2.

Hierbij wordt in de instellingscode (0112) de AGB-code van het gezondheidscentrum of het samenwerkingsverband gevuld.

## 2 Rechtspersoon (zorgverlenersoort = 17)

Algemene regels:

- In het geval een rechtspersoon *namens* één praktijk, één gezondheidscentrum, één samenwerkingsverband of één individuele zorgverlener declareert, dan dient in de declarantrubrieken in het voorlooprecord de praktijk en de individuele zorgverlener, het gezondheidscentrum, het samenwerkingsverband of de individuele zorgverlener te worden gevuld en zien we de rechtspersoon daarin niet terug.
- In het geval een rechtspersoon declareert *uit eigen naam* en het betreft de zorg geleverd in één of meer praktijken, gezondheidscentra en/of samenwerkingsverbanden, dan dient in een declarantrubriek in het voorlooprecord de rechtspersoon te worden gevuld.



Hieronder volgt een uitwerking van deze algemene regels.

2A. In het geval een rechtspersoon een declaratie *namens* één praktijk verstuurt, dan dient een wijze van vullen van de declarantrubrieken in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1A, 2A of 3A van tabel 2-2.

Hierbij wordt in de zorgverlenerscode (0110) de AGB-code van de zorgverlener in de praktijk en in de praktijkcode (0111) de AGB-code van de praktijk gevuld.

2B. In het geval een rechtspersoon een declaratie *namens* één gezondheidscentrum (of één samenwerkingsverband) verstuurt, dan dient een wijze van vullen van een declarantrubriek in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1B, 2B of 3B van tabel 2-2.

Hierbij wordt in de instellingscode (0112) de AGB-code van het gezondheidscentrum (of het samenwerkingsverband) gevuld.

NB. In feite komt deze uitgewerkte regel overeen met de regel 1B bij gezondheidscentrum en samenwerkingsverband.

2C. In het geval een rechtspersoon een declaratie *namens* één leverancier hulpmiddelen of één vervoerder verstuurt, dan dient een wijze van vullen van een declarantrubriek in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1C, 2C of 3C van tabel 2-2.

Hierbij wordt in de zorgverlenerscode (0110) de AGB-code van de leverancier hulpmiddelen of de vervoerder gevuld.

2D. In het geval een rechtspersoon declareert *uit eigen naam* en het betreft de zorg geleverd in één of meer praktijken, gezondheidscentra en/of samenwerkingsverbanden, dan dient een wijze van vullen van een declarantrubriek in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1B, 2B of 3B van tabel 2-2.

Hierbij wordt in de instellingscode (0112) de AGB-code van de rechtspersoon gevuld.

Dit houdt verband met het feit dat een rechtspersoon in AGB te zijner tijd als instelling genoteerd zal gaan worden.

## Ad 1 Invulvoorbeelden gezondheidscentrum (of samenwerkingsverband)

### Uitgangssituatie 1

Een gezondheidscentrum A heeft AGB-code: 37.000320.

Het gezondheidscentrum heeft alleen zorgverleners in loondienst:

- paramedisch:
  - zorgverlenerscode: 04.003344
  - zorgverlenerscode: 04.004433
  - zorgverlenerscode: 04.005566

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG

zorg

17 / 82

AW319-AW320 versie 1.4, 06-04-2012 / uitgave 14, 15-10-2019

- huisarts
  - zorgverlenerscode: 01.007788
  - zorgverlenerscode: 01.008877

## Casus 1 Gezondheidscentrum declareert paramedische hulp

Het gezondheidscentrum declareert *uit eigen naam* de paramedische hulp, de vulling van de declarantrubriek in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode 00000000
- 0111 Praktijkcode 00000000
- 0112 Instellingscode 37000320

Deze casus volgt de algemene regel 1B voor een gezondheidscentrum of rechtspersoon.

## Uitgangssituatie 2

Een gezondheidscentrum A heeft AGB-code : 37.000321

Het gezondheidscentrum heeft:

- praktijk 1 paramedisch:  
praktijk met AGB-code: 04.00120  
praktijk heeft de volgende zorgverleners:
  - zorgverlenerscode: 04.003333(praktijkhouder)
  - zorgverlenerscode: 04.004444
  - zorgverlenerscode: 04.005555
- praktijk 2 huisarts  
praktijk met AGB-code: 01.00123  
praktijk heeft de volgende zorgverleners:
  - zorgverlenerscode: 01.006666
  - zorgverlenerscode: 01.007777
  - zorgverlenerscode: 01.008888
- praktijk 3 paramedisch:  
praktijk met AGB-code: 04.00456  
praktijk heeft de volgende zorgverlener:
  - zorgverlenerscode: 04.009999

## Casus 1 Gezondheidscentrum declareert namens praktijk 1

Het gezondheidscentrum declareert de paramedische hulp *namens één praktijk (1)*, de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode 04003333 (dit is de praktijkhouder voor de zorgverzekeraar).
- 0111 Praktijkcode 04000120
- 0112 Instellingscode 00000000

Deze casus volgt de algemene regel 1A voor een gezondheidscentrum of rechtspersoon.

## **Casus 2 Gezondheidscentrum declareert namens individuele zorgverlener**

Het gezondheidscentrum declareert de huisartsenhulp *namens één* individuele zorgverlener (1), de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode 01007777
- 0111 Praktijkcode 01000123
- 0112 Instellingscode 00000000

Deze casus volgt de algemene regel 1A voor een gezondheidscentrum of een rechtspersoon.

## **Casus 3 Gezondheidscentrum declareert uit eigen naam de zorg geleverd in praktijk 1 en 3**

Het gezondheidscentrum declareert tegelijk *uit eigen naam* de paramedische hulp geleverd in meerdere praktijken (1 én 3), de vulling van de declarantrubriek in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode 00000000
- 0111 Praktijkcode 00000000
- 0112 Instellingscode 37000321

Deze casus volgt de algemene regel 1B voor een gezondheidscentrum of rechtspersoon.

## **Casus 4 Gezondheidscentrum declareert uit eigen naam de zorg geleverd in praktijk 2**

Het gezondheidscentrum declareert *uit eigen naam* de huisartsenhulp geleverd in één praktijk (2), de vulling van de declarantrubriek in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode 00000000
- 0111 Praktijkcode 00000000
- 0112 Instellingscode 37000321

Deze casus volgt de algemene regel 1B voor een gezondheidscentrum of rechtspersoon.

## **Ad 2 Invulvoorbeelden rechtspersoon**

### **Uitgangssituatie 1**

Een rechtspersoon A heeft AGB-code: 17.003000

Rechtspersoon A is rechtspersoon voor:

- praktijk paramedisch:
  - praktijk 1 met AGB-code: 04.00130
  - praktijk 1 heeft de volgende zorgverleners:
    - o zorgverlenerscode: 04.003336

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg

- zorgverlenerscode: 04.004447
- zorgverlenerscode: 04.005558
- gezondheidscentra:
  - gezondheidscentrum 1 met AGB-code: 37.000547
  - gezondheidscentrum 2 met AGB-code: 37.000669

## Casus 1 Rechtspersoon A declareert uit eigen naam de zorg geleverd in praktijk 1

Rechtspersoon A declareert *uit eigen naam* de paramedische hulp geleverd in één praktijk, de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode 00000000
- 0111 Praktijkcode 00000000
- 0112 Instellingscode 17003000

Deze casus volgt de algemene regel 2D voor een rechtspersoon.

## Uitgangssituatie 2

Een rechtspersoon B heeft AGB-code: 17.002000

Rechtspersoon B is rechtspersoon voor:

- praktijken paramedisch:
  - praktijk 1 met AGB-code: 04.00120
  - praktijk 1 heeft de volgende zorgverleners
    - zorgverlenerscode: 04.003333 (praktijkhouder)
    - zorgverlenerscode: 04.004444
    - zorgverlenerscode: 04.005555
  - praktijk 2 met AGB-code: 04.00123
- gezondheidscentra:
  - gezondheidscentrum 3 met AGB-code: 37.000543
  - gezondheidscentrum 4 met AGB-code: 37.000665

## Casus 1 Rechtspersoon B declareert namens praktijk 1

Rechtspersoon B declareert de paramedische hulp *namens* één praktijk (1), de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode 04003333 (dit is de praktijkhouder voor de zorgverzekeraar).
- 0111 Praktijkcode 04000120
- 0112 Instellingscode 00000000

Deze casus volgt de algemene regel 2A voor een rechtspersoon.

## **Casus 2    Rechtspersoon B declareert uit eigen naam de zorg geleverd in praktijk 1 en 2**

Rechtspersoon B declareert tegelijk *uit eigen naam* de paramedische hulp geleverd in meerdere praktijken (1 én 2), de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode    00000000
- 0111 Praktijkcode            00000000
- 0112 Instellingscode        17002000

Deze casus volgt de algemene regel 2D voor een rechtspersoon.

## **Casus 3    Rechtspersoon B declareert namens gezondheidscentrum 3**

Rechtspersoon B declareert *namens één* gezondheidscentrum (3), de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode    00000000
- 0111 Praktijkcode            00000000
- 0112 Instellingscode        37000543

Deze casus volgt de algemene regel 2B voor een rechtspersoon.

## **Casus 4    Rechtspersoon B declareert namens gezondheidscentrum 3 en 4**

Rechtspersoon B declareert tegelijk *uit eigen naam* de zorg geleverd in meerdere gezondheidscentra (3 én 4), de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode    00000000
- 0111 Praktijkcode            00000000
- 0112 Instellingscode        17002000

Deze casus volgt de algemene regel 2D voor een rechtspersoon.

### **2.3.3    Factuurnummer declarant**

Factuurnummer declarant (rubriek 0116) dient inhoudelijk uniek te zijn; de controle is niet case sensitive, dus geen onderscheid in hoofd- en kleine letters. Voorbeeld: AA1234567890 is hetzelfde als aa1234567890.

### **2.3.4    Identificatie detailrecord**

*Hoe worden de records uniek geïdentificeerd?*

Een record wordt uniek geïdentificeerd in het gegeven IDENTIFICATIE DETAILRECORD. Het identificatie detailrecord geeft elk record in het bestand, behalve recordtype 98 (commentaar), een uniek volgnummer. De detailrecords worden door het bestand heen

doorgenummerd. Het voorloop- en sluitrecord zijn geen detailrecords en kennen dus dit gegevenselement niet.

De combinatie KENMERK RECORD en IDENTIFICATIE DETAILRECORD benoemt het type en maakt elk detailrecord in het bestand uniek.

Wat betreft het commentaarrecord: het identificatie detailrecord hiervan dient gelijk te zijn aan het identificatie detailrecord van het record waar het betrekking op heeft. Een identificatie detailrecordnummer hoeft niet uniek te zijn in een bestand.

**Tabel 2-3 Invulvoorbeeld Identificatie detailrecord**

Kenmerk Record	Identificatie detailrecord	Omschrijving Recordtype en relatie
01	n.v.t.	Voorlooprecord
02	000000000001	Verzekerdenrecord verzekerde A
98	000000000001	Commentaarrecord bij verzekerdenrecord van verzekerde A
04	000000000002	Prestatierecord van verzekerde A
98	000000000002	Commentaarrecord bij prestatierecord van verzekerde A
02	000000000003	Verzekerdenrecord van verzekerde B
04	000000000004	Prestatierecord 1 van verzekerde B
04	000000000005	Prestatierecord 2 van verzekerde B
98	000000000005	Commentaarrecord bij prestatierecord 2 van verzekerde B
04	000000000006	Prestatierecord 3 van verzekerde B
98	000000000006	Commentaarrecord bij prestatierecord 3 van verzekerde B
	Et cetera	
99	n.v.t.	Sluitrecord

## Opmerkingen

1. Het Voorlooprecord en het Sluitrecord hebben geen Identificatie detailrecord.
2. Het Commentaarrecord is niet verplicht om op te nemen in de berichten.
3. De identificatie detailrecord van het Commentaarrecord is gelijk aan de identificatie detailrecord van het detailrecord waar het desbetreffende Commentaarrecord bij hoort.
4. Het Totaal aantal voorafgaande detailrecords in het sluitrecord is de optelling van de detailrecords, inclusief het aantal commentaarrecords.

### 2.3.5 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde, verzekerdenummer en cliëntnummer

Voor het gebruik van sleutels is van belang waar het declaratiebericht naar gestuurd wordt: de zorgverzekeraar of het zorgkantoor<sup>2</sup>.

#### Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgverzekeraar

Hieronder volgt een overzicht hoe om te gaan met het vullen van het Burgerservicenummer (BSN) verzekerde en het verzekerdenummer in relatie tot de EI-declaratiestandaarden.

**Tabel 2-4 Gebruik BSN en verzekerdenummer**

Patiënt heeft BSN (en is bekend bij zorgaanbieder)?	Nog niet / nee <sup>3</sup>	Ja
<b>Burgerservicenummer (BSN) verzekerde [M]</b>	Verplicht vullen met dummywaarde (9x9).	Is unieke identificatie. Verplicht vullen met BSN. ZV wijst incorrecte combinatie BSN en geboortedatum af.
<b>Verzekerdenummer [C]</b>	Is nog unieke identificatie. Verplicht vullen. ZV kan foutief verzekerdenummer afwijzen. ZV wijst incorrecte combinatie met geboortedatum af.	Niet verplicht om te vullen. ZV mag foutief verzekerdenummer niet meer afwijzen.

#### Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgkantoor

##### **Voor declaratieberichten ingediend vanaf 1-4-2018:**

Binnen de Wlz wordt het Burgerservicenummer (BSN) gebruikt voor identificatie van een verzekerde. De regel is dat BSN altijd verplicht gevuld moet worden. Escape waarde 999999999 is niet toegestaan. UZOVI-nummer en verzekerdenummer zijn in de Wlz nooit identificerend voor een cliënt.

##### **Voor declaratieberichten ingediend voor 1-4-2018:**

Hieronder volgt een overzicht hoe om te gaan met het vullen van het Burgerservicenummer (BSN) verzekerde en cliëntnummer indicatieorgaan in relatie tot de EI-declaratiestandaard. Binnen de Wlz worden het Burgerservicenummer (BSN) verzekerde en code en cliëntnummer indicatieorgaan gebruikt voor identificatie van een verzekerde. De regel is dat indien er geen indicatiebesluit is BSN altijd verplicht gevuld moet worden. UZOVI-nummer en verzekerdenummer zijn in de Wlz nooit identificerend voor een cliënt.

<sup>2</sup> De wijkverpleging en de zorg voor zintuiglijk gehandicapten worden, naast de informatiestroom voor de AWBZ c.q. Wlz, als aparte informatiestromen naar zorgverzekeraars opgenomen in de huidige AW319-AW320v1.4 declaratiestandaard. Deze Zvw-informatiestromen gelden vanaf 1 januari 2015.

<sup>3</sup> Er is een hele kleine populatie die blijvend geen BSN heeft, maar toch verzekerd is.

**Tabel 2-5 Gebruik BSN en cliëntnummer voor declaratieberichten ingediend voor 1-4-2018**

Cliënt heeft BSN?	Ja	Nee	Ja
Cliënt heeft indicatiebesluit?	Nee	Ja	Ja
Burgerservice-nummer (BSN) verzekerde [M]	Unieke identificatie, verplicht vullen. ZV wijst incorrecte combinatie BSN en geboortedatum <b>wel</b> af.	Verplicht vullen met dummywaarde (9x9).	Unieke identificatie, verplicht vullen. ZV wijst incorrecte combinatie BSN en geboortedatum <b>niet</b> af.
Code + cliëntnummer indicatieorgaan [C]	Niet vullen.	Unieke identificatie, verplicht vullen. ZV wijst incorrecte combinatie met geboortedatum <b>wel</b> af.	Unieke identificatie, verplicht vullen. ZV wijst incorrecte combinatie met geboortedatum <b>niet</b> af <sup>3</sup> .

### 2.3.6 Naam verzekerde (01) (02), Naamcode/naamgebruik (01) (02) (03)

*Wat wordt in technische zin verstaan onder een achternaam?*

De NEN 1888 (nl) beschrijft de achternaam als volgt: "significant deel van de achternaam: de achternaam zonder voorvoegsel en zonder de scheidingsspatie volgend op het voorvoegsel".

*Op welke wijze wordt het gegeven naamcode/naamgebruik gevuld?*

Het gebruik van de naam van een verzekerde of cliënt of zijn/haar relatie volgt in de EI-berichten de NEN 1888. Dit houdt in dat achternaam, voorvoegsel en voorletters gescheiden worden weergegeven. Daarbij wordt in de aanduiding NAAMCODE/NAAMGEBUIK (01 en 02) de toepassing van de achternaam (bijvoorbeeld geboortenaam of naam van echtgenoot) gecodeerd weergegeven.

Bovendien wordt aan de hand van de aanduiding NAAMCODE/NAAMGEBUIK (03) gecodeerd de tenaamstelling aangegeven. Hiermee bepaalt men onder meer de volgorde in het gebruik van de geboortenaam en naam van de echtgenoot bij correspondentie. Het vullen van de NAAMCODE/NAAMGEBUIK (03) van de verzekerde of debiteur hangt dus af van hoe de verzekerde of relatie zijn/haar naam hanteert.



## Toepassing

In de EI-declaratieberichten wordt het eerste naamcode/naamgebruik-veld gebruikt voor het vullen van de geboortenaam (GBA) van de verzekerde. Het tweede naamcode/naamgebruik-veld wordt dan gebruikt voor het vullen van de naam van de partner. Hier kan ook sprake zijn van een alternatieve naam; bijvoorbeeld: een kind kan de naam van de moeder overnemen na een scheiding van de ouders.

## (Toegestane) waarden

De codetabellen NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (01) COD700, (02) COD701 en (03) COD829 zijn identiek en bevatten de volgende relevante waarden:

- 0 onbekend (NB.: of niet van toepassing in geval van NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (02))
- 1 eigen naam
- 2 naam echtgenoot of geregistreerd partner of alternatieve naam
- 3 naam echtgenoot of geregistreerd partner gevolgd door eigen naam
- 4 eigen naam gevolgd door naam echtgenoot of geregistreerd partner

Opmerking: met "eigen naam" wordt de geboortenaam bedoeld.

**Tabel 2-6 Toegestane waarden per naamcode/naamgebruik**

Gegevens-element	Toegestane waarde
NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (01)	1
NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (02)	2, 0 (indien verzekerde / debiteur geen partner heeft)
NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (03)	0 toegestaan, indien de declaratie naar de zorgverzekeraar gaat 1, 2, 3 en 4 indien de declaratie naar een servicebureau gaat

## Invulvoorbeeld naamgebruik

Tabel 2-6 toont enkele voorbeelden voor de diverse naamgegevens en het naamgebruik. Het gegeven NAAMCODE/NAAMGEBRUIK wordt in samenhang met NAAM VERZEKERDE (01) en NAAM VERZEKERDE (02) gevuld. De heer Joosten en mevrouw Verduijn zijn partners. De naam van mevrouw Verduijn kan op verschillende manieren opgenomen worden. NB.: NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (03) is alleen relevant voor een servicebureau!

**Tabel 2-7 Invulvoorbeeld naamgebruik**

Code geslacht	Naam verzekerde (01)	Naam -code (01)	Naam verzekerde (02)	Naam -code (02)	Naam -code (03)	Resultaat van naamcodes	Correspondentie-naam (tenaamstelling)
1 (man)	Joosten	1	<spaties>	0 (n.v.t.)	1	<b>Eigen naam</b> van mijnheer.	Dhr. Joosten
2 (vrouw)	Verduijn	1	<spaties>	0 (n.v.t.)	1	<b>Eigen naam</b> van mevrouw.	Mw. Verduijn
2 (vrouw)	Verduijn	1	Joosten	2	2	<b>Naam echtgenoot.</b>	Mw. Joosten
2 (vrouw)	Verduijn	1	Joosten	2	3	<b>Naam echtgenoot</b> gevolgd door <b>eigen naam</b> van mevrouw.	Mw. Joosten-Verduijn
2 (vrouw)	Verduijn	1	Joosten	2	4	<b>Eigen naam</b> van mevrouw gevolgd door <b>naam echtgenoot.</b>	Mw. Verduijn-Joosten

### 2.3.7 Voorvoegsel verzekerde (01) (02)

In geval van een samengestelde naam, waarbij elke naam een voorvoegsel heeft, wordt in het volgende voorbeeld de velden gevuld:

Samengestelde naam is: van der Steen-van Voorst tot Voorst (notatie conform de NEN).

**Tabel 2-8 Samengestelde namen met voorvoegsels**

...	
Naam verzekerde (01)	<b>Steen</b>
Voorvoegsel verzekerde (01)	<b>van der</b>
...	
Naam verzekerde (02)	<b>Vorst tot Voorst</b>
Voorvoegsel verzekerde (02)	<b>van</b>
...	

### 2.3.8 Huisnummer (huisadres) verzekerde, huisnummer (huisadres) debiteur

Het veld huisnummer (huisadres) verzekerde of huisnummer (huisadres) debiteur is een conditional veld. Het veld dient verplicht gevuld te worden, tenzij een verzekerde of debiteur geen officieel huisnummer heeft. In dat geval vullen met nullen (00000).

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG

Declaraties met huisnummer 00000 moeten verwerkt kunnen worden. Huisnummer 00000 kan bijvoorbeeld het geval zijn bij woonboten.

### **2.3.9 Soort relatie debiteur**

Als de zorgaanbieder in het verzekerdenrecord aangeeft dat de cliënt overleden is (waarde "1" = Indicatie cliënt overleden), dient hij/zij in het debiteurrecord de soort relatie debiteur in te vullen. Bijvoorbeeld de waarde '23' (= erven van). Dit gegeven gebruikt een servicebureau om met zorgvuldigheid met perso(o)n(en) te corresponderen. Uiteraard geldt deze richtlijn alleen, als de zorgaanbieder het bericht naar een servicebureau stuurt.

### **2.3.10 Tarief prestatie (incl. BTW)**

Het normbedrag per door de NZa (Nederlandse Zorg autoriteit) bepaalde onderscheiden zorgproduct/ prestatie. Het normbedrag is vastgesteld door de NZa, als het een landelijk geldend tarief betreft. Het normbedrag is contractueel overeengekomen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, als het een vrij tarief betreft. Het gegeven tarief prestatie (incl. BTW) dient gevuld te worden met een landelijk tarief, contracttarief of tarief dat door een zorgverlener wordt gehanteerd.

In geval van specifieke expliciete afspraken met een zorgverzekeraar kan het voorkomen dat voor een prestatie een tarief van 0 wordt afgesproken. Alleen in een dergelijk geval is het toegestaan de bedragvelden met nullen te vullen. Alle drie de bedragvelden (Tarief prestatie, Berekend bedrag en Declaratiebedrag) zijn altijd gevuld en alleen bij expliciete afspraak zijn de bedragvelden alle drie met nullen gevuld. Eén van de bedragvelden met nullen vullen is niet toegestaan.

### **2.3.11 Berekend bedrag (incl. BTW)**

Het berekend bedrag geeft weer wat de zorgverlener berekend heeft als totaalprijs voor de desbetreffende declaratieregel, ongeacht wie het betaalt. Het bedrag dat de zorgaanbieder voor de geleverde zorg maximaal in rekening mag brengen is gebonden aan landelijke regels en generieke afspraken met de verzekeraar waarvoor de declaratie is bestemd. Dit bedrag geldt als grondslag voor de vergoeding van gemaakte zorgkosten. De samenstellende elementen van het berekende bedrag dienen in de declaratie zichtbaar te zijn. Hierbij kan gedacht worden aan velden voor aantal prestaties, toeslagpercentage, afslagpercentage en bedrag inhouding.

## 2.3.12 Declaratiebedrag (incl. BTW)

Het declaratiebedrag is het deel van het berekende bedrag dat de zorgverlener daadwerkelijk in rekening brengt bij de ontvanger van de desbetreffende declaratieregeling. Deze vordering van de verzender op de ontvanger van de nota is het berekende bedrag minus niet geclaimde bedragen op basis van polisvoorwaarden (persoonsgebonden) en/of afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over declaratieafhandeling. Hierbij kan gedacht worden aan eigen bijdrage, eigen risico, maximering van bedragen of een combinatie daarvan. Het gaat veelal om bedragen die de zorgverlener al heeft ontvangen of via een ander dan deze ontvanger heeft geïnd of gaat innen.

**Tabel 2-9 Voorbeeld opbouw bedrag**

<b>Situatie</b>		
Een behandeling met een overeengekomen tarief van € 50,00. Er is een wettelijke eigen bijdrage van € 5,00 per behandeling die door de patiënt aan de zorgverlener is betaald.		
<b>Velden</b>	<b>Bedrag</b>	<b>Vulling in veld</b>
Tarief prestatie (incl. BTW)	€ 50	00005000
Berekend bedrag (incl. BTW)	€ 50	00005000
Declaratiebedrag (incl. BTW)	€ 45	00004500

## 2.3.13 Berekend bedrag als grondslag voor vergoeding

De samenhang van de bedragvelden is bepaald door het onderscheid tussen verzekerde zorg en niet verzekerde zorg en hoe met niet toegekende delen wordt omgegaan. Volgens deze opzet is in elk geval de grondslag zichtbaar en wordt voorkomen dat een onbekend deel zit verscholen in een verschil tussen declaratiebedrag en berekend bedrag.

Volgens dit principe geldt het berekend bedrag als **de grondslag voor de vergoeding**.

Essentieel is het onderscheid dat wordt gemaakt tussen wat van invloed is op de grondslag en wat van invloed is op de vergoeding. Van invloed op de grondslag is het tarief, het aantal prestaties waarover het berekend bedrag wordt berekend en eventuele toe- en/of afslagen die via het tarief op het berekend bedrag van toepassing zijn.

De specifieke voorwaarden op polisniveau en contractuele afspraken tussen zorgverlener en zorgverzekeraar bepalen het uiteindelijke declaratiebedrag. Eigen bijdrage, maximering van de vergoeding, eigen risico of een combinatie van deze factoren maken het verschil uit tussen het berekend bedrag en het declaratiebedrag.

Deze opbouw van de bedragvelden stelt de verzekeraar in staat via de retourstandaard aan te geven hoe hij eventueel tot een ander berekend bedrag komt.

## 2.3.14 Werken met de grondslag

De zorgverlener bepaalt eerst welke prestaties (zorgproduct/ prestatie) er te declareren valt, voordat hij kan bepalen welke eigen betalingen (eigen bijdrage, eigen risico, maximering of combinaties hiervan) er eventueel van toepassing zijn. Of deze de eigen betalingen wil bepalen hangt af van de betaalvariant die met de verzekeraar is afgesproken.

In de verwerking van declaratieregels bepaalt de verzekeraar eerst het berekend bedrag, dat er voor een bepaalde behandeling in rekening mag worden gebracht, dat is een te declareren prestatie met aantal, tarief, toe- of afslagen enzovoorts. Dit op basis van vastgestelde tarieven. Dat levert een berekend bedrag zorgverzekeraar op waarmee een verzekeraar vervolgens nagaat in hoeverre een verzekerde daarvoor is verzekerd.

Met de rubriek BEREKEND BEDRAG ZORGVERZEKERAAR in de retourstandaard meldt de verzekeraar terug wat zijn berekend bedrag is, zodat de zorgverlener weet bij een niet volledig toegekend bedrag welk deel wordt veroorzaakt door een ander berekend bedrag en welk deel voortkomt uit het gebrek aan dekking bij de verzekerde. Het verschil tussen berekend bedrag zorgverlener en berekend bedrag zorgverzekeraar stelt de zorgverlener in staat de eigen administratie bij te stellen, bijvoorbeeld het gebruikte tarief.

Het resterende verschil tussen declaratiebedrag en toegekend bedrag kan de zorgverlener dan verhalen op de verzekerde, omdat die daar geen dekking voor had. Ook servicebureaus bepalen op basis van deze extra informatie uit de berekende bedragvelden (heenbericht en retourbericht) waar welk deel verhaald moet worden, zorgverlener of patiënt.

## 2.3.15 Referentienummer dit prestatierecord

Het referentienummer dient uniek te zijn voor iedere declaratie-eenheid. Met andere woorden: voor iedere aanwezig prestatie- of tariefrecord dient een uniek referentienummer toegekend te zijn.

Voorbeelden:

- 1 Als de prestatie betrekking heeft op verschillende productonderdelen, die middels separate prestatierecords gedeclareerd worden, moet per gedeclareerd onderdeel/prestatierecord een uniek referentienummer toegekend worden.
- 2 Als de vergoeding van een prestatie gedeclareerd wordt met een prestatierecord voor het honorarium en een prestatierecord voor de (techniek)kosten, dient voor beide prestatierecords een eigen uniek referentienummer toegekend te worden.
- 3 Voor een creditdeclaratie moet ook weer een uniek referentienummer toegekend worden.

## 2.3.16 Creditdeclaratie en referentienummers

Zie de Standaardbeschrijving (STB) hoofdstuk 5.4.8 voor referentienummers en creditregels.

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG

zorg

29 / 82

## **2.3.17 Prestatierecord en prestatiecode**

Bij meerdere identieke prestaties op één dag, waarbij alle overige declaratie-inhoudelijke gegevens identiek zijn, moet één record worden aangemaakt (met als aantal het desbetreffende aantal).

### 3 Generieke invulinstructie EI Retourinformatiebericht Declaratie Wlz, WV, ELV en ZG zorg

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is een invulinstructie opgenomen voor verschillende gegevens of groepen van gegevens die voorkomen in het generiek format voor de EI-retourinformatie declaratiestandaarden.

Tabel 3-1 toont een overzicht van de gegevens (groepen) met een verwijzing naar de desbetreffende rubriek(en).

**Tabel 3-1 Invulinstructie per gegeven (rubriek)**

Rubriek-nr.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Paragraaf
0196	Retourcode (01)	COD954-VEKT	Retourcodes in de overige records	3.2 en 3.3

#### 3.2 Bestandscontroles en voorbeeld vulling retourbericht

Hieronder volgt een aantal voorbeelden van controles op bestandsniveau van een EI-declaratiebericht en de samenstelling van een EI-retourbericht. Elk voorbeeld is uitgewerkt voor enerzijds VECOZO en anderzijds de zorgverzekeraar. In de meeste voorbeelden zal een zorgverzekeraar een bestand nooit ontvangen omdat VECOZO dat al afkeurt. Voor de volledigheid is echter beschreven hoe een zorgverzekeraar een dergelijk bestand afkeurt. De tekst sluit aan op die van het STB hoofdstuk 6, waarin wordt uitgegaan van het gebruik van een landelijk controleportaal bij VECOZO.

##### Voorbeeld 1 Gehele declaratie goedgekeurd

VECOZO

In deze situatie ontvangt VECOZO een EI-declaratiebericht van een zorgverlener of een servicebureau. VECOZO controleert het bestand in het kader van de bestandscontrole. VECOZO constateert geen afwijkingen. Vervolgens voert VECOZO de controles op recordniveau uit. Hierin worden eveneens geen afwijkingen geconstateerd. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt dit door naar de zorgverzekeraar. VECOZO stuurt geen voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour naar de zorgverlener of het servicebureau.

Zorgverzekeraar

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg

Een zorgverzekeraar ontvangt een EI-declaratiebericht van VECOZO. De zorgverzekeraar controleert het bestand in het kader van de bestandscontroles. Hierin worden geen afwijkingen geconstateerd. Vervolgens voert de zorgverzekeraar de controles op recordniveau uit. Hierin worden eveneens geen afwijkingen geconstateerd. De zorgverzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour naar VECOZO. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 8001 (= Declaratie is volledig toegewezen) gevuld. De overige retourcodevelden in het voorlooprecord worden niet gevuld; aangezien de velden alfanumeriek zijn, komen hier spaties te staan. In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag dezelfde waarde gevuld als in gegeven totaal ingediend declaratiebedrag.

Zie tabel 3-2 Voorbeelden retourberichten bestandscontroles, voorbeeld 1.

## VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. Het gaat hier om een volledig goedgekeurd EI-declaratiebericht. VECOZO controleert dit EI-retourinformatiebericht. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgverlener of het servicebureau. Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een zorgverzekeraar. Aan de hand van de retourcode (01) met de waarde 8001 (= Declaratie is volledig toegewezen) in het EI-retourbericht kent VECOZO de status "Volledig toegewezen door de zorgverzekeraar" aan de declaratie toe.

Zie tabel 3-2 Voorbeelden retourberichten bestandscontroles, voorbeeld 1.

## Voorbeeld 2a Fout in voorlooprecord

### VECOZO

Een zorgverlener of een servicebureau dient een EI-declaratiebericht in bij VECOZO, waarin in gegeven UZOVI-nummer de waarde 9900 is gevuld. VECOZO controleert het voorlooprecord in het kader van een bestandscontrole. Vastgesteld wordt dat de waarde 9900 niet voorkomt in de lijst van op het EDP aangesloten UZOVI-nummers. Het bestand wordt niet verder gecontroleerd op recordniveau. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt alleen het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 8198 (= Het bestand kan niet worden doorgestuurd. De zorgverzekeraar is niet aangesloten op het elektronisch declaratieportaal van VECOZO. In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 00000000000 gevuld.



Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van VECOZO.

Zie tabel 3-2 Voorbeelden retourberichten bestandscontroles, voorbeeld 2.

## Zorgverzekeraar

Een zorgverzekeraar ontvangt een EI-declaratiebericht van VECOZO, waarin in gegeven UZOVI-nummer de waarde 9900 is gevuld. De zorgverzekeraar controleert het voorlooprecord in het kader van een bestandscontrole. De zorgverzekeraar accepteert het UZOVI-nummer met de waarde 9900 niet. Het bestand wordt niet verder gecontroleerd. De zorgverzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt alleen het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 0018 (= UZOVI-nummer ontbreekt of is onjuist (voorlooprecord)). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 00000000000 gevuld.

NB. Situatie zorgverzekeraar: deze situatie zal normaliter niet voorkomen voor een zorgverzekeraar.

## VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retourinformatiebericht. Het overeenkomstige EI-heenbericht is eerder door VECOZO goedgekeurd. De zorgverzekeraar heeft het EI-bericht op bestandsniveau afgekeurd.

VECOZO controleert dit EI-retourinformatiebericht. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgverlener of het servicebureau. Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een zorgverzekeraar.

NB. Situatie VECOZO: deze situatie zal normaliter niet voorkomen voor VECOZO, omdat VECOZO het EI-heenbericht eerder zelf al op bestandsniveau heeft afgekeurd.

## Voorbeeld 2b Fout in voorlooprecord

### VECOZO

Een zorgverlener of een servicebureau dient een EI-declaratiebericht in bij VECOZO, waarin in gegeven factuurnummer declarant een bepaalde waarde is gevuld. VECOZO controleert het voorlooprecord in het kader van een bestandscontrole. Vastgesteld wordt dat de waarde in het factuurnummer in een eerder toegestuurd bericht is gebruikt. Het bestand wordt niet verder gecontroleerd. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt alleen het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG  
zorg

retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 0030 (= factuurnummer declarant ontbreekt of is niet uniek (nummer is reeds gebruikt in een voorgaande factuur)). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 000000000000 gevuld.

Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van VECOZO.

## Zorgverzekeraar

VECOZO dient een EI-declaratiebericht in bij een zorgverzekeraar, waarin in gegeven factuurnummer declarant een bepaalde waarde is gevuld. De zorgverzekeraar controleert het voorlooprecord in het kader van een bestandscontrole. Vastgesteld wordt dat de waarde in het factuurnummer in een eerder toegestuurd bericht is gebruikt. Het bestand wordt niet verder gecontroleerd. De zorgverzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 0030 (= factuurnummer declarant ontbreekt of is niet uniek (nummer is reeds gebruikt in een voorgaande factuur)). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 000000000000 gevuld.

NB. Situatie zorgverzekeraar: deze situatie zal normaliter niet voorkomen voor een zorgverzekeraar.

## VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retourinformatiebericht. Het overeenkomstige EI-heenbericht is eerder door VECOZO goedgekeurd. De zorgverzekeraar heeft geconstateerd dat het EI-bericht al eerder is toegestuurd op basis van de declaratiegegevens in het voorlooprecord, en heeft het vervolgens op bestandsniveau afgekeurd.

VECOZO controleert dit EI-retourinformatiebericht. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgverlener of het servicebureau. Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een zorgverzekeraar.

NB. Situatie VECOZO: deze situatie zal normaliter niet voorkomen voor VECOZO, omdat VECOZO het EI-heenbericht eerder zelf al op bestandsniveau heeft afgekeurd.

## Voorbeeld 3a Fout in sluitrecord

### VECOZO

Een zorgverlener of een servicebureau dient een EI-declaratiebericht in bij VECOZO, waarin gegeven totaal declaratiebedrag in het sluitrecord een waarde x voorkomt. VECOZO berekent de som van de declaratiebedragen in de prestatierecords. Deze optelling wordt met de waarde x in het sluitrecord vergeleken. Vastgesteld wordt dat deze aantallen niet met elkaar corresponderen. Dit betekent dat het bestand inconsistent is. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt alleen het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 0150 (= totaal declaratiebedrag ontbreekt of is onjuist). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 0000000000 gevuld. Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van VECOZO.

Zie tabel 3-2 Voorbeelden retourberichten bestandscontroles, voorbeeld 3.

### Zorgverzekeraar

VECOZO dient een EI-declaratiebericht in bij een zorgverzekeraar, waarin gegeven totaal declaratiebedrag in het sluitrecord een waarde x voorkomt. De zorgverzekeraar berekent de som van de bedragvelden in de prestatierecords. Deze optelling wordt met de waarde x in het sluitrecord vergeleken. Vastgesteld wordt dat deze waarden niet met elkaar corresponderen. Dit betekent dat het bestand inconsistent is. De zorgverzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 0150 (= totaal declaratiebedrag ontbreekt of is onjuist). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 0000000000 gevuld.

Zie tabel 3-2 Voorbeelden retourberichten bestandscontroles, voorbeeld 3.

NB. Situatie zorgverzekeraar: deze situatie zal normaliter niet voorkomen voor een zorgverzekeraar.

### VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retourinformatiebericht. Het overeenkomstige EI-heenbericht is eerder door VECOZO goedgekeurd. VECOZO controleert dit EI-retourinformatiebericht. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgverlener of het servicebureau.

Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een zorgverzekeraar.

NB. Situatie VECOZO: deze situatie zal normaliter niet voorkomen voor VECOZO, omdat VECOZO het EI-heenbericht eerder zelf al op bestandsniveau heeft afgekeurd.

### **Voorbeeld 3b Fout in sluitrecord retourbericht**

VECOZO

In deze situatie ontvangt VECOZO een EI-declaratiebericht van een zorgverlener of een servicebureau. VECOZO controleert het bestand in het kader van de bestandscontrole. VECOZO constateert geen afwijkingen. Vervolgens voert VECOZO de controles op recordniveau uit. Hierin worden eveneens geen afwijkingen geconstateerd. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt dit door naar de zorgverzekeraar. VECOZO stuurt geen voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour naar de zorgverlener of het servicebureau.

Zorgverzekeraar

Een zorgverzekeraar ontvangt een EI-declaratiebericht van VECOZO. De zorgverzekeraar controleert het bestand in het kader van de bestandscontroles. Hierin worden geen afwijkingen geconstateerd. Vervolgens voert de zorgverzekeraar de controles op recordniveau uit. De zorgverzekeraar constateert een fout op controleniveau 6 in een bepaald detailrecord en stuurt deze met de gerelateerde detailrecords retour.

VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retourinformatiebericht. Het overeenkomstige EI-heenbericht is eerder door VECOZO goedgekeurd. VECOZO telt het aantal prestatierecords in het EI-retourinformatiebericht. Deze optelling wordt met de waarde in het gegeven aantal prestatierecords in het sluitrecord vergeleken. Vastgesteld wordt dat deze waarden niet met elkaar corresponderen. Dit betekent dat het bestand inconsistent is. VECOZO keurt het gehele EI-retourinformatiebericht af. Afkeur van het retourbericht leidt tot een melding richting de betreffende zorgverzekeraar. Hierbij wordt gebruik gemaakt van codes voor het aangeven van de fout, die door VECOZO worden uitgegeven en beheerd.

**Tabel 3-2 Voorbeeld retourberichten bestandscontroles**

Rub#	Naam gegevenselement	voorbeeld 1		voorbeeld 2		voorbeeld 3	
		Gehele declaratie goedgekeurd		Fout in voorlooprecord		Fout in sluitrecord	
		Declaratiebericht	Retourbericht	Declaratiebericht	Retourbericht	Declaratiebericht	Retourbericht
		Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde
0101	Kenmerk record	01	01	01	01	01	01
...	...	...	...	...	...	...	...
0108	UZOV1-nummer	0736	736	9900	9900	0736	0736
...	...	...	...	...	...	...	...
0196	Retourcode (01)		8001		0001		0001
0197	Retourcode (02)		spaties		8198		0150
...	...	...	...	...	...	...	...
0201	Kenmerk record	02		02		02	
0202	Identificatie detailrecord	000000000001		000000000001		000000000001	
0203	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782		123456782	
...	...	...	...	...	...	...	...
0207	Datum geboorte verzekerde	19541210		19541210		19541210	
...	...	...	...	...	...	...	...
0296	Retourcode (01)						
...	...	...	...	...	...	...	...
0401	Kenmerk record	04		04		04	
0402	Identificatie detailrecord	000000000002		000000000002		000000000002	
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782		123456782	
...	...	...	...	...	...	...	...
	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00001000		00001000		00001000	
...	...	...	...	...	...	...	...
0496	Retourcode (01)						
...	...	...	...	...	...	...	...
0201	Kenmerk record	02		02		02	
0202	Identificatie detailrecord	000000000003		000000000003		000000000003	
0203	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243		100197243		100197243	
...	...	...	...	...	...	...	...
0207	Datum geboorte verzekerde	19220322		19220322		19220322	
...	...	...	...	...	...	...	...
0296	Retourcode (01)						
...	...	...	...	...	...	...	...
0401	Kenmerk record	04		04		04	
0402	Identificatie detailrecord	000000000004		000000000004		000000000004	
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243		100197243		100197243	
...	...	...	...	...	...	...	...
	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00050000		00050000		00050000	
...	...	...	...	...	...	...	...
0496	Retourcode (01)						
...	...	...	...	...	...	...	...
0401	Kenmerk record	04		04		04	
0402	Identificatie detailrecord	000000000005		000000000005		000000000005	
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243		100197243		100197243	
...	...	...	...	...	...	...	...
	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00015000		00015000		00015000	
...	...	...	...	...	...	...	...
0496	Retourcode (01)						
...	...	...	...	...	...	...	...
9801	Kenmerk record	98		98		98	
9802	Identificatie detailrecord	000000000005		000000000005		000000000005	
9803	Regelnummer vrije tekst	0001		0001		0001	
9804	Vrije tekst	ABCDEFGH		ABCDEFGH		ABCDEFGH	
...	...	...	...	...	...	...	...
9896	Retourcode (01)						
...	...	...	...	...	...	...	...
9901	Kenmerk record	99	99	99	99	99	99
9902	Aantal verzekerdenrecords (retour)	000002	000000	000002	000000	000002	000000
9904	Aantal prestatie records (retour)	000003	000000	000003	000000	000003	000000
9905	Aantal commentaarrecords (retour)	000001	000000	000001	000000	000001	000000
9906	Aantal detailrecords (retour)	000006	000000	000006	000000	000006	000000
...	Totaal (ingediend) declaratiebedrag	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000
...	...	...	...	...	...	...	...
...	Totaal toegekend bedrag		00000066000		00000000000		00000000000
...	...	...	...	...	...	...	...

Bestand goedgekeurd en declaratie volledig toegewezen


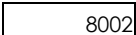

Bestand afgekeurd en declaratie niet inhoudelijk gecontroleerd  
Correct retourbericht

Bestand afgekeurd en declaratie niet inhoudelijk gecontroleerd  
Correct retourbericht

## Betekenis gebruikte retourcodes (COD954-VEKT) in de tabel 3-2 en 3-3

0001	Bericht is afgekeurd om technische redenen
0018	UZOVI-nummer ontbreekt of is onjuist (voorlooprecord)
0150	Totaal declaratiebedrag ontbreekt of is onjuist
0200	Geen opmerking bij dit recordtype
8001	Declaratie is volledig toegewezen
8002	Record is niet beoordeeld (wegens afkeuring boven- of ondergeschikt[e] record[s])
8004	Combinatie BSN en geboortedatum verzekerde is onjuist
spaties	Niet van toepassing

**De codes bij de retoumeldingen zijn onder voorbehoud!**

LEGENDA	
 9900	incorrecte vulling veld
 8002	gevuld retourcodeveld
	n.v.t. / leeg veld / niet meegezonden

### 3.3 Recordcontroles en voorbeeld vulling retourbericht

Hieronder volgt een aantal voorbeelden van controles op recordniveau van een declaratiebericht en de samenstelling van het retourbericht. Elk voorbeeld is uitgewerkt voor enerzijds VECOZO en anderzijds de zorgverzekeraar. In de meeste voorbeelden zal een zorgverzekeraar een bestand nooit ontvangen omdat VECOZO dat al afkeurt. Voor de volledigheid is echter beschreven hoe een zorgverzekeraar een dergelijk bestand afkeurt. De tekst sluit aan op die van het STB hoofdstuk 6, waarin wordt uitgegaan van het gebruik van een landelijk controleportaal bij VECOZO.

#### Voorbeeld 4a Fout in verzekerdenrecord

VECOZO

In deze situatie ontvangt VECOZO een EI-declaratiebericht van een zorgverlener of een servicebureau. VECOZO controleert het bestand in het kader van de bestandscontrole. VECOZO constateert geen afwijkingen. Vervolgens voert VECOZO de controles op recordniveau uit. Hierin worden eveneens geen afwijkingen geconstateerd. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt dit door naar de zorgverzekeraar. VECOZO stuurt geen voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour naar de zorgverlener of het servicebureau.

## Zorgverzekeraar

Een zorgverzekeraar ontvangt een EI-declaratiebericht van VECOZO, waarin in gegeven datum geboorte verzekerde een waarde 19320322 voorkomt. De zorgverzekeraar voert een controle op de gegevens in het verzekerdenrecord uit in het kader van een controle op recordniveau. Hierbij wordt het burgerservicenummer in combinatie met datum geboorte verzekerde vergeleken. Vastgesteld wordt dat de opgegeven combinatie niet correct is. De zorgverzekeraar keurt het verzekerdenrecord af en stuurt dit samen met de overige records van deze verzekerde in het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit recordtype gevuld). In gegeven retourcode (01) van het verzekerdenrecord wordt de waarde 8004 (= combinatie BSN en geboortedatum verzekerde is onjuist) gevuld. *In het gegeven retourcode (01) van de overige records op het verzekerdeniveau van deze verzekerde (inclusief eventuele commentaarrecords) wordt telkens de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) gevuld.*

In gegeven retourcode (01) van de records op prestatie-/declaratieniveau (inclusief commentaarrecords) van deze verzekerde wordt telkens de waarde 8002 = (record is niet beoordeeld (wegens afkeuring boven- of ondergeschikte[e] record[s])) gevuld. In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag een waarde 00000001000 gevuld, welke afwijkt van de waarde 00000066000 in gegeven totaal ingediend declaratiebedrag. Alle overige retourcodevelden (02 en 03) die meegezonden worden, worden niet gevuld en bevatten dus spaties.

Zie tabel 3-3 Voorbeelden retourberichten recordcontroles, voorbeeld 4a.

## VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retourinformatiebericht, waarin een verzekerdenrecord is afgekeurd samen met de overige records van deze verzekerde. VECOZO controleert dit EI-retourinformatiebericht. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgverlener of het servicebureau.

Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een zorgverzekeraar.

### **Voorbeeld 4b Fout in prestatierecord**

#### VECOZO

VECOZO ontvangt een EI-declaratiebericht van een zorgverlener of een servicebureau. VECOZO controleert het bestand in het kader van de bestandscontrole. VECOZO constateert geen technische fouten. Vervolgens voert VECOZO de controles op recordniveau uit. In het EI-declaratiebericht komt in het gegeven begindatum prestatie een waarde 20130332 voor. VECOZO voert een controle op de gegevens in het prestatierecord uit in het kader van een controle op recordniveau. Vastgesteld wordt dat de opgegeven begindatum prestatie

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG

technisch niet correct is. VECOZO keurt het prestatie record af. VECOZO stuurt in het geval van afkeur op recordniveau het hele bestand (alle goed- en afgekeurde records) retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit record gevuld). In gegeven retourcode (01) van het prestatie record wordt de waarde 8007 (= begin-/einddatum prestatie ontbreekt of is onjuist) gevuld. In het gegeven retourcode (01) van de overige records op het verzekerdenniveau van deze verzekerde (inclusief eventuele commentaarrecords) wordt telkens de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) gevuld. In gegeven retourcode (01) van de records op prestatie-/declaratieniveau (inclusief commentaarrecords) van deze verzekerde wordt telkens de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) gevuld."

VECOZO zal op het gehele bestand controles op recordniveau uitvoeren, maar controleert nog niet op verzekerdengegevens (controle niveau 6). Er van uitgaande dat dit de enige fout is, die wordt vastgesteld zal in de gegevens retourcode (01) van de overige goedgekeurde records in het EI-declaratiebericht de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) in retourcode (01) worden gebruikt. Alle overige retourcodevelden (02 en 03) die meegezonden worden, worden niet gevuld en bevatten dus spaties.

Zie tabel 3-3 Voorbeelden retourberichten recordcontroles, voorbeeld 4B.

## Zorgverzekeraar

VECOZO dient een EI-declaratiebericht in bij een zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar controleert het bestand in het kader van de bestandscontrole. De zorgverzekeraar constateert geen technische fouten. Vervolgens voert de zorgverzekeraar de controles op recordniveau uit.

In het EI-declaratiebericht komt in het gegeven begindatum prestatie een waarde 20130332 voor. De zorgverzekeraar voert een controle op de gegevens in het prestatie record. Vastgesteld wordt dat de opgegeven begindatum prestatie technisch niet correct is. De zorgverzekeraar keurt het prestatie record af. De zorgverzekeraar stuurt in het geval van afkeur op prestatie recordniveau het afgekeurde prestatie record en de bijbehorende commentaarrecords en het bijbehorende verzekerden- debiteur en commentaarrecords retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit record gevuld). In het gegeven retourcode (01) van de overige records op het verzekerdenniveau van deze verzekerde (inclusief eventuele commentaarrecords) wordt telkens de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) gevuld. In gegeven retourcode (01) van het afgekeurde prestatie record wordt de waarde 8007 (= begin-/einddatum prestatie ontbreekt of is onjuist) gevuld. Alle overige retourcodevelden (02 en 03) die meegezonden worden, worden niet gevuld en bevatten dus spaties.

NB. Situatie zorgverzekeraar: deze situatie zal normaliter niet voorkomen voor een zorgverzekeraar.



## VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retourinformatiebericht, waarin een prestatierecord is afgekeurd samen met de overige records van deze verzekerde.

VECOZO controleert dit EI-retourinformatiebericht. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgverlener of het servicebureau.

Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een zorgverzekeraar.

NB. Situatie VECOZO: deze situatie zal normaliter niet voorkomen voor VECOZO, omdat VECOZO het EI-heenbericht eerder zelf al op recordniveau heeft afgekeurd.

Tabel 3-3 Voorbeeld retourberichten recordcontroles

		voorbeeld 4a		voorbeeld 4b	
		Fout in 1 verzekerdenrecord		Fout in 1 prestatie record	
Rub#	Naam gegevenselement	Declaratiebericht Veldwaarde	Retourbericht Veldwaarde	Declaratiebericht Veldwaarde	Retourbericht Veldwaarde
0101	Kenmerk record	01	01	01	01
...	...	...	...	...	...
0108	UZOVI-nummer	0736	0736	0736	0736
...	...	...	...	...	...
0196	Retourcode (01)		0200		0200
0197	Retourcode (02)		spaties		spaties
...	...	...	...	...	...
0201	Kenmerk record	02		02	02
0202	Identificatie detailrecord	000000000001		000000000001	000000000001
0203	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782	123456782
...	...	...	...	...	...
0207	Datum geboorte verzekerde	19541210		19541210	19541210
...	...	...	...	...	...
0296	Retourcode (01)				0200
...	...	...	...	...	...
0401	Kenmerk record	04		04	04
0402	Identificatie detailrecord	000000000002		000000000002	000000000002
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782	123456782
...	Begindatum prestatie			20110331	20110331
...	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00001000		00001000	00001000
...	...	...	...	...	...
0496	Retourcode (01)				0200
...	...	...	...	...	...
0201	Kenmerk record	02	02	02	02
0202	Identificatie detailrecord	000000000003	000000000003	000000000003	000000000003
0203	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	100197243	100197243
0204	UZOVI-nummer	0736		0736	0736
...	...	...	...	...	...
0207	Datum geboorte verzekerde	19320322	19320322	19220322	19220322
...	...	...	...	...	...
0296	Retourcode (01)		8004		0200
...	...	...	...	...	...
0401	Kenmerk record	04	04	04	04
0402	Identificatie detailrecord	000000000004	000000000004	000000000004	000000000004
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	100197243	100197243
0404	UZOVI-nummer	0736		0736	0736
...	Begindatum prestatie			20110332	20110332
...	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00050000	00050000	00050000	00050000
...	...	...	...	...	...
0496	Retourcode (01)		8002		8007
0497	Retourcode (02)				
...	...	...	...	...	...
0401	Kenmerk record	04	04	04	04
0402	Identificatie detailrecord	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	100197243	100197243
...	...	...	...	...	...
...	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00015000	00015000	00015000	00015000
...	...	...	...	...	...
0496	Retourcode (01)		8002		0200
...	...	...	...	...	...
9801	Kenmerk record	98	98	98	98
9802	Identificatie detailrecord	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005
9803	Regelnummer vrije tekst	0001	0001	0001	0001
9804	Vrije tekst	ABCDEFGF	ABCDEFGF	ABCDEFGF	ABCDEFGF
...	...	...	...	...	...
9896	Retourcode (01)		8002		0200
...	...	...	...	...	...
9901	Kenmerk record	99	99	99	99
9902	Aantal verzekerdenrecords (retour)	000002	000001	000002	000002
9904	Aantal prestatie records (retour)	000003	000002	000003	000003
9905	Aantal commentaarrecords (retour)	000001	000001	000001	000001
9906	Aantal detailrecords (retour)	0000006	0000004	0000006	0000006
...	Totaal (ingediend) declaratiebedrag	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000
...	...	...	...	...	...
...	Totaal toegekend bedrag		0000001000		0000000000
...	...	...	...	...	...

Bestand goedgekeurd en  
declaratie deels toegewezen  
Correct retourbericht

Bestand afgekeurd  
door VECOZO

## **Voorbeeld 5 Fout in verzekerdenrecord + correctie**

Zorgverzekeraar

De situatie is gelijk aan die van het voorbeeld 4a, met dat verschil, dat in gegeven geboortedatum verzekerde van het verzekerdenrecord de zorgverzekeraar een gecorrigeerde waarde 19220323 retourneert. De overige vulling van het retourbericht is gelijk aan die van het voorbeeld 4b. Het retourbericht is fout, omdat de afspraak geldt dat hierin geen gegevens worden gecorrigeerd.

Zie tabel 3-4 Voorbeelden retourberichten recordcontroles, voorbeeld 5.

VECOZO

Deze situatie borduurt voort op die van het voorbeeld 5 zorgverzekeraar.

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retourinformatiebericht, waarin een verzekerdenrecord is afgekeurd samen met de overige records van deze verzekerde.

VECOZO controleert dit EI-retourinformatiebericht. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgverlener of het servicebureau. VECOZO controleert (nog) niet op de overeenkomst tussen gegevens uit de declaratie en het retourbericht.

Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een zorgverzekeraar.

## **Voorbeeld 6 Fout in sleutel prestatierecord**

VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverlener of een servicebureau een EI-declaratiebericht, waarin in één van de sleutelvelden: burgerservicenummer of UZOVI-nummer in een prestatierecord een andere waarde voorkomt dan in het verzekerdenrecord. VECOZO voert een controle op de gegevens in het prestatierecord uit in het kader van een controle op recordniveau. Hierbij wordt o.a. de waarde van het burgerservicenummer en de waarde van het UZOVI-nummer in het prestatierecord vergeleken met de overeenkomstige waarde in het verzekerdenrecord. Vastgesteld wordt dat een van de opgegeven waarden niet overeenkomen. Het prestatierecord behoort niet bij een ander verzekerdenrecord. Hiermee is vastgesteld dat sprake is van een onjuiste fysieke relatie tussen het verzekerde- en het prestatierecord, waarop het bestand dient te worden afgekeurd. Het prestatierecord wordt afgekeurd. In een tweede prestatierecord bij deze verzekerde komt de opgegeven waarde van het burgerservicenummer en het UZOVI-nummer wél overeen met die in het verzekerdenrecord. Dit prestatierecord wordt goedgekeurd. VECOZO stuurt in het geval van afkeur op recordniveau het hele bestand (alle goed- en afgekeurde records) retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord en verzekerdenrecord wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit record) gevuld. In gegeven retourcode (01) van het afgekeurde prestatierecord wordt in het geval het burgerservicenummer niet overeenkomt de waarde 0435 (Burgerservicenummer (BSN) verzekerde ontbreekt of is onjuist )) gevuld. In

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG

zorg

43 / 82

het gegeven retourcode (01) wordt in het geval het UZOVI-nummer niet overeenkomt de waarde 0423 (= UZOVI-nummer ontbreekt of is onjuist (detailrecord) gevuld. Als beide gegevens niet overeenkomen dan worden beide retourcodes gevuld in het gegeven retourcode (01) en retourcode (02).

In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag een waarde 0000000000 gevuld. VECOZO vult dit met de escapewaarde van een numeriek veld. VECOZO zal op het gehele bestand controles op recordniveau uitvoeren. Er van uitgaande dat dit de enige fout is, die wordt vastgesteld zal in de gegevens retourcode (01) van de overige goedgekeurde records in het EI-declaratiebericht de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) in retourcode (01) worden gebruikt. Alle overige retourcodevelden (02 en 03) die meegezonden worden, worden niet gevuld en bevatten dus spaties.

Zie tabel 3-4 Voorbeelden retourberichten recordcontroles, voorbeeld 6.

NB. Op identieke wijze kan eenzelfde afwijking optreden in dezelfde sleutelitems in andere aan het verzekerdenrecord verbonden recordtypen. In een dergelijke situatie worden dezelfde retourcodes toegepast.

NB. Voor EI-berichten in de Wlz wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat het BSN er niet is.

Tabel 3-4 Voorbeeld retourberichten recordcontroles

Rub#	Naam gegevenselement	voorbeeld 5		voorbeeld 6	
		Fout in 1 verzekerdenrecord + correctie		Fout in 1 prestatierecord	
		Declaratiebericht	Retourbericht	Declaratiebericht	Retourbericht
		Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde
0101	Kenmerk record	01	01	01	01
...	...	...	...	...	...
0108	UZOVI-nummer	0736	0736	0736	0736
...	...	...	...	...	...
0196	Retourcode (01)		0200		0200
0197	Retourcode (02)		spaties		spaties
...	...	...	...	...	...
0201	Kenmerk record	02		02	02
0202	Identificatie detailrecord	000000000001		000000000001	000000000001
0203	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782	123456782
...	...	...	...	...	...
0207	Datum geboorte verzekerde	19541210		19541210	19541210
...	...	...	...	...	...
0296	Retourcode (01)				0200
...	...	...	...	...	...
0401	Kenmerk record	04		04	04
0402	Identificatie detailrecord	000000000002		000000000002	000000000002
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782	123456782
...	...	...	...	...	...
	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00001000		00001000	00001000
...	...	...	...	...	...
0496	Retourcode (01)				0200
...	...	...	...	...	...
0201	Kenmerk record	02	02	02	02
0202	Identificatie detailrecord	000000000003	000000000003	000000000003	000000000003
0203	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	100197243	100197243
0204	UZOVI-nummer	0736		0736	07036
...	...	...	...	...	...
0207	Datum geboorte verzekerde	19220322	19220323	19220322	19220322
...	...	...	...	...	...
0296	Retourcode (01)		8004		0200
...	...	...	...	...	...
0401	Kenmerk record	04	04	04	04
0402	Identificatie detailrecord	000000000004	000000000004	000000000004	000000000004
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	300197243	300197243
0404	UZOVI-nummer	0736		0739	0739
...	...	...	...	...	...
	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00050000	00050000	00050000	00050000
...	...	...	...	...	...
0496	Retourcode (01)		8002		0435
0497	Retourcode (02)				0423
...	...	...	...	...	...
0401	Kenmerk record	04	04	04	04
0402	Identificatie detailrecord	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	100197243	100197243
0404	UZOVI-nummer			0736	0736
	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00015000	00015000	00015000	00015000
...	...	...	...	...	...
0496	Retourcode (01)		8002		8002
...	...	...	...	...	...
9801	Kenmerk record	98	98	98	98
9802	Identificatie detailrecord	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005
9803	Regelnummer vrije tekst	0001	0001	0001	0001
9804	Vrije tekst	ABCDEFGF	ABCDEF	ABCDEF	ABCDEF
...	...	...	...	...	...
9896	Retourcode (01)		8002		8002
...	...	...	...	...	...
9901	Kenmerk record	99	99	99	99
9902	Aantal verzekerdenrecords (retour)	000002	000001	000002	000002
9904	Aantal prestatierecords (retour)	000003	000002	000003	000003
9905	Aantal commentaarrecords (retour)	000001	000001	000001	000001
9906	Aantal detailrecords (retour)	0000006	0000004	0000006	0000006
...	Totaal (ingediend) declaratiebedrag	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000
...	...	...	...	...	...
...	Totaal toegekend bedrag		000001000		00000000000
...	...	...	...	...	...

Bestand goedgekeurd en  
 declaratie deels toegewezen  
 Foutief retourbericht: mag geen  
 correcties bevatten!

Bestand afgekeurd door VECOZO

## 4 Specifieke invulinstructie EI Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is een invulinstructie opgenomen voor verschillende onderwerpen, die soms samenhangen met een gegeven of groepen van gegevens, die specifiek zijn of waarvoor specifieke afspraken gelden voor de standaard EI Declaratie Wlz, WV, ELV en ZG zorg.

Tabel 4-1 toont een overzicht van de onderwerpen/gegevens (groepen) met een verwijzing naar de desbetreffende rubriek(en).

**Tabel 4-1 Invulinstructie per gegeven (rubriek)**

Rubriek-nr.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Paragraaf
0108 0204	UZOVI-nummer	COD061	0205	4.2.2
0110 0111 0112	Zorgaanbieder	COD009 COD181 COD031		4.2.3
0114 0115	Declaratieperiode	DAT043 DAT044		4.2.4
0203 0204 0205 0225 0226	Logische sleutels verzekerdenrecord	NUM313 COD061 NUM003 COD459 NUM228	0403 0404 0405 0409 0410	4.2.5
0403 0404 0405 0408 0409 0410 0411 0412 0413 0414 0416 0417	Logische sleutels prestatierecord	NUM313 COD061 NUM003 COD459 NUM258 NUM259 NUM260 DAT001 COD732 COD163 COD367 COD388		4.2.6

Rubriek-nr.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Paragraaf
0114 0115 0414 0415	Declareren prestaties over één of meerdere declaratieperiodes	DAT043 DAT044 DAT001 DAT003		4.2.7
0114 0115 0414 0415	Declareren prestaties per declaratieperiode	DAT043 DAT044 DAT001 DAT003		4.2.8
0418	Aantal uitgevoerde prestaties	ANT054		4.2.9
0420 0421	Behandelaar/uitvoerder	COD089 COD952		4.2.10
0422 0423	Voorschrijver/verwijzer	COD836 COD953		4.2.11
Div.	Declareren ZZP's en VPT			4.2.12
Div.	Declareren gedeelde ZZP's			4.2.13
Div.	Declareren bijbehorende/aanvullende prestaties			4.2.14
Div.	Mutatiedagen (V&V)			4.2.15
Div.	Kortdurende verblijf			4.2.16
Div.	Creditering			4.2.17
0412	Functiecode	COD732		4.2.18
0413	Zorgzwaartepakketcode	COD163		
0419	Tijdseenheid zorgperiode	COD218		4.2.19
Div.	Zorgplan = realisatie			4.2.20
Div.	Jaarovergang			4.2.21
Div.	Herkomst gegevens AW319			4.3

## 4.2 Invulinstructie per onderwerp (groep) gegevens-element(en)

### 4.2.1 Wijkverpleging, Eerstelijnsverblijf, Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiëntgroepen en Zorg zintuiglijk gehandicapten in Zvw

Vanaf 1 januari 2015 vindt de overheveling plaats van delen van AWBZ-zorg naar nieuwe aanspraken in de Zorgverzekeringswet. Het betreft de overheveling van de volgende drie aanspraken:

- Wijkverpleging (WV);
- zorg voor zintuiglijke gehandicapten (ZG);
- langdurige GGZ (LGGZ).

De andere aanspraken uit AWBZ worden in de Wmo en in de Wet langdurige zorg (Wlz) geregeld.

De wijkverpleging en de zorg voor zintuiglijk gehandicapten worden, naast de informatiestroom voor de Wlz c.q. AWBZ, als aparte informatiestromen naar zorgverzekeraars opgenomen in de huidige AW319-AW320v1.4 declaratiestandaard. De langdurige GGZ wordt in de GZ321v1.0-standaard opgenomen. De Zvw-informatiestromen gelden vanaf 1 januari 2015.

Vanaf 2017 wordt de Eerstelijnsverblijf (ELV) een losse aanspraak in de Zvw, de Wlz-prestaties worden per 1 januari 2017 voortgezet onder de Zvw ELV. De ELV wordt opgenomen in de informatiestroom van wijkverpleging.

Vanaf 2020 wordt de Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) een losse aanspraak in de Zvw. De AGZ wordt opgenomen in de informatiestroom van wijkverpleging. De Code EI daarvoor is 428 (= Declaratie wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiëntgroepen).

De AW319v1.4-standaard wordt gebruikt voor zowel:

- informatiestromen van zorgaanbieders naar zorgkantoren voor de Wlz als voor
- informatiestromen van zorgaanbieders naar zorgverzekeraars voor de WV en ZG vanaf 2015, en voor de ELV vanaf 2017, en voor de GZSP vanaf 2020."

Om deze verschillende informatiestromen te realiseren worden er voor het veld 0102 Code externe-integratiebericht 3 verschillende codes gehanteerd:

- Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgkantoor is de code 187 (= Declaratie Wlz/AWBZ)
- Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgverzekeraar voor aanspraak WV, ELV en GZSP is de code 428 (= Declaratie wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiëntgroepen).

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG  
zorg



- Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgverzekeraar voor aanspraak ZG is de code 430 (= Declaratie zorg zintuiglijk gehandicapten)

Prestatiecodes voor Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zijn ondergebracht in separate codelijsten. Dit leidt tot de volgende prestatiecodelijsten binnen de AW319:

- 055 = Prestatiecodelijst Wlz/AWBZ
- 065 = Prestatiecodelijst wijkverpleging
- 066 = Prestatiecodelijst zorg zintuiglijk gehandicapten
- 068 = Prestatiecodelijst eerstelijnsverblijf
- 070 = Prestatiecodelijst Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiëntgroepen

Daar waar in de tekst wordt gesproken over een verzekeraar, wordt een zorgkantoor of zorgverzekeraar bedoeld.

In de volgende paragrafen is daar waar nodig het onderscheid gemaakt tussen Wlz- en Zvw-informatiestroom c.q. Wlz- en Zvw-prestaties.

#### 4.2.2 UZOVI-nummer

Een cliënt is vanaf 1 januari 2011 in zorg bij een zorgaanbieder Y in regio X met een zorgkantoor De cliënt is verzekerd volgens de ZvW bij zorgverzekeraar Z.

Het gegeven UZOVI-NUMMER wordt op de volgende wijze gevuld.

**Tabel 4-2 UZOVI-nummer**

Gegevens-element	Vullen bij Wlz-informatiestroom	Vullen bij Zvw-informatiestroom
UZOVI-nummer (0108)	Het UZOVI-nummer (0108) in het voorlooprecord dient gevuld te worden met het UZOVI-nummer van het betalende zorgkantoor in regio "X".	Het UZOVI-nummer (0108) in het voorlooprecord dient gevuld te worden met het UZOVI-nummer van de betalende zorgverzekeraar (hoeft niet "Z" te zijn) <sup>4</sup> .
UZOVI-nummer (0204, 0404)	Het UZOVI-nummer (0204) in het verzekerdenrecord (en het prestatierecord) dient gevuld te worden met de UZOVI-code van de zorgverzekeraar "Z" van de cliënt.	Het UZOVI-nummer (0204) in het verzekerdenrecord (en het prestatierecord) dient gevuld te worden met de UZOVI-code van de zorgverzekeraar "Z" van de cliënt.  Als peildata gelden de begindatum prestatie (0414) en einddatum prestatie

Gegevens-element	Vullen bij Wlz-informatiestroom	Vullen bij Zvw-informatiestroom
	<p>Indien onbekend dan als escapewaarde het UZOVI-nummer van het zorgkantoor vullen.</p> <p>Als peildata gelden de begindatum prestatie (0414) en einddatum prestatie (0415), deze moeten binnen de periode liggen waarbinnen de cliënt bij de zorgverzekeraar een geldige verzekering heeft.</p>	<p>(0415), deze moeten binnen de periode liggen waarbinnen de cliënt bij de zorgverzekeraar een geldige verzekering heeft.</p>

NB. In één Wlz-bestand zitten cliënten van verschillende zorgverzekeraars ZvW.

NB. Een gevolg van bovenstaande wijze van vullen is dat het niet mogelijk is om tegelijk in één bestand de declaraties voor meerdere verzekeraars aan te bieden.

### 4.2.3 Zorgaanbieder

Een zorgaanbieder geeft aan wie de declarant is met behulp van de gegevens zorgverlenerscode (0110), praktijkcode (0111) of instellingscode (0112), zie ook paragraaf 2.3.2.

Met behulp van de zorgverlenerscode behandelaar/uitvoerder (0420) wordt aangegeven wie de uitvoerder van de zorg is.

#### **Indien declaratie is Wijkverpleging of Zorg zintuiglijk gehandicapten**

##### **Declareren beheerstichting of zorgverlenende instelling**

Voor de Zvw worden alleen AGB-codes toegepast conform overeenkomst met de zorgverzekeraar. In de overeenkomst wordt met de contractant één AGB-code afgesproken die zowel de declarant in het voorlooprecord als de zorgverlener behandelaar/uitvoerder in het prestatie-record identificeert (declarant=uitvoerder). De AGB-code kan een AGB-beheercode van een beheerstichting of een AGB-instellingscode van een zorgaanbieder zijn.

Er zijn twee opties met betrekking tot het declareren:

1. De beheerstichting declareert.  
In dat geval wordt in het voorlooprecord voor de declarant de AGB-beheercode van de beheerstichting vermeld. De prestatie-records bevatten de AGB-beheercode van de beheerstichting.
2. De zorgverlenende instelling declareert.

In dat geval wordt in het voorlooprecord als declarant de AGB-instellingscode van de zorgverlenende instelling vermeld. De prestatie records bevatten de AGB-instellingscode van de zorgverlenende instelling.

## **Indien declaratie is Eerstelijnsverblijf**

### **Declareren beheerstichting of zorgverlenende instelling**

Bij eerstelijnsverblijf geldt dat AGB-codes toegepast conform overeenkomst met de zorgverzekeraar. In de overeenkomst wordt met de contractant één AGB-code afgesproken voor de declarant in het voorlooprecord. De AGB-code kan een AGB-beheercode van een beheerstichting of een AGB-instellingscode van een zorgaanbieder zijn die in het voorlooprecord van de declarant worden vermeld.

Naast de declarant = uitvoerder variant hierboven is het voor de zorgaanbieder ook mogelijk bij de uitvoerder de locatie te vermelden. De Eerstelijnsverblijf kent de volgende opties met betrekking tot het declareren:

#### 1. Declareren met locaties:

In dat geval wordt in het voorlooprecord voor de declarant de AGB-code uit het contract (beheerstichting of zorgverlenende instelling) vermeld. De declaratie bevat in de prestatie records de geleverde prestaties van de locaties van de beheerstichting of zorgverlenende instelling. De prestatie records bevatten de AGB-locatiecodes van de locaties. Voorwaarde is dat de koppeling tussen de onderneming (beheerstichting) en vestigingen (zorgverlenende instelling/locaties) in het AGB-register geregistreerd zijn.

#### 2. Declareren zonder locaties:

In dat geval wordt met de uit het contract afgesproken AGB-code (beheerstichting of zorgverlenende instelling) gedeclareerd volgens de declarant=uitvoerder variant. Dit is conform declareren Wijkverpleging en Zorg zintuiglijk gehandicapten.

Optie 1 en 2 gaan in per 1 januari 2017, maar vanaf 1 januari 2018 is enkel de AGB-code van de locatie in het prestatie record toegestaan. Per 2018 is alleen optie 1 nog geldig en vervalt optie 2.

## **Indien declaratie is Wlz**

### **Declareren administratieve eenheid of zorgverlenende instelling**

De opzet houdt rekening met het feit dat de declarant en de uitvoerder verschillende partijen kunnen zijn. Tevens wordt rekening gehouden met het feit dat per combinatie declarant-uitvoerder verschillende afspraken kunnen bestaan. De opzet spoort met die van de Zvw voor het declareren en ondersteunt alle denkbare situaties op dat punt. De enige voorwaarde is dat de declarant en de uitvoerder een AGB-code hebben.

Er zijn twee opties met betrekking tot het declareren:

1. De administratieve eenheid (beheerstichting) declareert namens gelieerde zorgverlenende instellingen.  
In dat geval wordt in het voorlooprecord voor de declarant de AGB-beheercode van de administratieve eenheid vermeld. De declaratie bevat in de prestatie records de geleverde prestaties van de zorgverlenende instellingen. De prestatie records bevatten de AGB-instellingscodes van de zorgverlenende instelling(en).
2. De zorgverlenende instelling die de prestatie heeft geleverd, declareert.  
In dat geval wordt in het voorlooprecord als declarant de AGB-instellingscode van de zorgverlenende instelling vermeld. De prestatie records bevatten de geleverde prestaties van de zorgverlenende instelling. In het prestatie record wordt de AGB-instellingscode gevuld van de zorgverlenende instelling.

In de overeenkomst tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder wordt vastgelegd wie de declarant is namens een zorgverlenende instelling(en).

#### **4.2.4 Declaratieperiode**

##### **Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgverzekeraar**

Het onderwerp declaratieperiode komt terug in de contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

##### **Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgkantoor**

Met betrekking tot een declaratieperiode gelden de volgende uitgangspunten:

- Declaratieperioden niet overlappend zijn.
- Een volgende declaratieperiode moet aansluitend zijn op een eerdere declaratieperiode.

Dit betekent dat in het gegeven begindatum declaratieperiode (0114) van een opvolgende declaratie de dag wordt gevuld, die na het gegeven einddatum declaratieperiode (0115) van de voorgaande declaratie valt.

En verder geldt:

- In een declaratie van een bepaalde declaratieperiode kunnen declaratieregels uit eerdere declaratieperioden worden meegenomen (zie casus 1).
- Meerdere bestanden met dezelfde declaratieperiode per declarant zijn mogelijk.
  - Dit in het geval van een administratieve eenheid die voor meerdere instellingen declaraties indient (zie casus 2).
  - Of indien een zorgaanbieder afwijkende periodes binnen de declaratieperiode hanteert (bijvoorbeeld weekdeclaratie – casus 3 of 4-wekenddeclaratie – casus 4)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Het declareren van afwijkende periodes binnen de declaratieperiode is vanaf 1-1-2014 geïmplementeerd.

- Elk declaratiebestand heeft een uniek factuurnummer.
- Elk prestatie(deel) valt binnen een (voorgaande) declaratieperiode.

In het declaratieprotocol voor de AW319 is bepaald dat de declaratieperiode een maand betreft. Dit wordt expliciet vastgelegd door 0114 Begindatum declaratieperiode te vullen met de begindatum van de betreffende maand en 0115 Einddatum declaratieperiode te vullen met de einddatum van de maand. Gezien het uitgangspunt dat een prestatie(deel) binnen een (voorgaande) declaratieperiode valt zal een prestatieperiode altijd binnen één maand moeten liggen. De volgende casussen zijn hierop gebaseerd.

### **Casus 1 Declaratieregel uit eerder declaratieperiode**

Een declaratie wordt aangeleverd met in het veld begindatum declaratieperiode (0114) = 1 mei 2013 en einddatum declaratieperiode (0115) = 31 mei 2013. Een prestatie uit februari 2013 kan eveneens worden gedeclareerd met behulp van dit declaratiebestand. De begindatum declaratieperiode (0114) blijft echter 1 mei 2013.

In de gevallen zoals beschreven in casus 2 kan hiervan worden afgeweken.

### **Casus 2 Administratieve eenheid (beheerstichting) declareert**

Een zorgaanbieder heeft in een regio een administratieve eenheid en 4 zorgverlenende instellingen. Deze worden idealiter in één bestand over een bepaalde declaratieperiode (stel januari) aangeleverd.

In de praktijk komt het voor dat de declaratieberichten uit verschillende systemen van de zorgaanbieder komen, vaak ook op verschillende momenten. In het geval er 3 van de 4 zorgverlenende instellingen klaar zijn met de declaratieperiode januari maar 1 zorgverlenende instelling nog niet dan mag de declarant 2 declaraties indienen op verschillende momenten maar over dezelfde declaratieperiode.

De declarant mag afzonderlijke declaratiebestanden AW319 van de zorgverlenende instelling indienen over dezelfde declaratieperiode waarbij het factuurnummer wel uniek is per aanlevering.

### **Casus 3 Zorgaanbieder declareert per week**

Bij weekdeclaraties worden er meerdere declaraties per maand ingediend. De datum van de laatste dag van de te declareren week bepaalt de maand waarbinnen gedeclareerd wordt. De declaratieperiode is meerdere malen dezelfde maand. Om de declaratie uniek te maken dient deze een uniek factuurnummer te hebben.

Een declaratie wordt aangeleverd met in het veld begindatum declaratieperiode (0114) = 1 mei 2014 en einddatum declaratieperiode (0115) = 31 mei 2014. Een prestatie over de eerste week van mei betreft de periode van 28 april 2014 tot en met 4 mei 2014. Dan splitst de zorgaanbieder de declaratie in twee declaratieregels:

- 28-04-2014 tot en met 30-04-2014
- 01-05-2014 tot en met 04-05-2014

#### **Casus 4      Zorgaanbieder declareert per 4 weken**

Bij 4-wekendeclaratie bepaalt de laatste dag van de te declareren 4-wekelijkse periode de maand waarbinnen gedeclareerd wordt. De declaratieperiode kan meerdere malen dezelfde maand hebben. Dit is het geval bij declaratiebestanden voor maart 2014. Dan worden twee declaratiebestanden met het veld begindatum declaratieperiode (0114) = 1 maart 2014 en einddatum declaratieperiode (0115) = 31 maart 2014 aangeleverd met de volgende 4-wekelijkse cycli:

- 03-02-2014 tot en met 02-03-2014
- 03-03-2014 tot en met 30-03-2014

Om de declaratie uniek te maken dient deze een uniek factuurnummer te hebben.

Een declaratie wordt aangeleverd met in het veld begindatum declaratieperiode (0114) = 1 maart 2014 en einddatum declaratieperiode (0115) = 31 maart 2014. Een prestatie over de periode van 10 februari 2014 tot en met 2 maart 2014 wordt door de zorgaanbieder opgesplitst in twee declaratieregels:

- 10-02-2014 tot en met 28-02-2014
- 01-03-2014 tot en met 02-03-2014

#### **4.2.5 Logische sleutels verzekerdenrecord**

De volgende gegevens dienen als logische sleutel van een verzekerde in het verzekerdenrecord:

- Burgerservicenummer (BSN) (0203);
- UZOVI-nummer (0204);
- Verzekerdennummer (inschrijvingsnummer, relatienummer) (0205);
- Code indicatieorgaan (0224);
- Cliëntnummer indicatieorgaan (0225).

Deze sleutel maakt een verzekerde uniek, een uniek verzekerdenrecord mag maar één keer voorkomen in het declaratiebestand.

De gegevens UZOVI-nummer (0204) en Verzekerdnummer (0205) zijn tevens sleutel in het verzekerdenrecord en het prestatie record. Een verzekerde die verandert van zorgverzekeraar is hierdoor altijd uniek te identificeren in het EI-bericht.

**Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgverzekeraar** zijn de volgende logische sleutels van belang:

- Burgerservicenummer (BSN) (0203);
- UZOVI-nummer (0204);
- Verzekerdnummer (inschrijvingsnummer, relatienummer) (0205).

De velden Code indicatieorgaan (0224) en Cliëntnummer indicatieorgaan (0225) zijn niet gevuld bij een declaratiebericht naar de Zvw.

**Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgkantoor** is de volgende logische sleutel van belang:

- Burgerservicenummer (BSN) (0203); (verplicht)
- Code indicatieorgaan (0224); (conditioneel)
- Cliëntnummer indicatieorgaan (0225) (conditioneel)

#### **Voor declaratieberichten ingediend na 01-04-2018**

De velden Code indicatieorgaan (0224) en Cliëntnummer indicatieorgaan (0225) zijn voor debet declaratieberichten ingediend na 01-04-2018 geen identificerende sleutel meer en worden niet gevuld bij een declaratiebericht naar het zorgkantoor.

#### **Voor declaratieberichten ingediend voor 01-04-2018**

Voor declaratieberichten ingediend voor 01-04-2018 is voor het gebruik van sleutels het volgende van belang:

Wanneer er voor de verzekerde een indicatiebesluit aanwezig is wordt de logische sleutel aangevuld met de combinatie Code indicatieorgaan (0224) en Cliëntnummer indicatieorgaan (0225).

Hierdoor kan het voorkomen dat één verzekerde meerdere malen als verzekerdenrecord in het declaratiebestand voorkomt. Dit treedt in twee gevallen op wanneer:

- Een verzekerde tijdens een declaratieperiode van zorgverzekeraar verandert. In dit geval volgen er twee verzekerdenrecords met bijbehorende prestatie records van verzekerde. De begindatum prestatie (0414) is bepalend voor de datum wijziging zorgverzekeraar.
- Voor verzekerde voor meerdere declaraties verschillende indicatiebesluiten van verschillende indicatieorganen aanwezig zijn of een indicatiebesluit ontbreekt. Een voorbeeld: Er wordt voor een verzekerde een prestatie gedeclareerd met indicatieplicht en een prestatie zonder indicatieplicht. Dan komt deze verzekerde tweemaal voor als verzekerdenrecord in het declaratiebestand, eenmaal met Code

indicatieorgaan (0224), indien bekend en Cliëntnummer indicatieorgaan (0225) en eenmaal zonder Code indicatieorgaan (0224) en Cliëntnummer indicatieorgaan (0225).

#### 4.2.6 Logische sleutels prestatie record

De volgende gegevens dienen als logische sleutel in het prestatie record:

- Burgerservicenummer (BSN) (0403) (uit verzekerdenrecord);
- UZOVI-nummer (0404) (uit verzekerdenrecord);
- Verzekerdennummer (inschrijvingsnummer, relatienummer) (0405) (uit verzekerdenrecord);
- Code indicatieorgaan (0408) (uit verzekerdenrecord);
- Cliëntnummer indicatieorgaan (0409) (uit verzekerdenrecord);

en

- Indicatie-aanvraagnummer indicatieorgaan (0410);
- Indicatiebesluitnummer indicatieorgaan (0411);
- Functiecode (0412);
- Zorgzwaartepakketcode (0413);
- Begindatum prestatie (0414);
- Aanduiding prestatiecodelijst (0416);
- Prestatiecode (0417).

Het vullen van een aantal sleutels in het prestatie record is afhankelijk van de ontvanger van het declaratiebericht (zorgverzekeraar of zorgkantoor) en de aanwezigheid van een indicatiebesluit voor de betreffende prestatie.

Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgverzekeraar of indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgkantoor en er is geen indicatiebesluit mogen de velden Code indicatieorgaan (0408), Cliëntnummer indicatieorgaan (0409), Indicatie-aanvraagnummer indicatieorgaan (0410), Indicatiebesluitnummer indicatieorgaan (0411), Functiecode (0412) en Zorgzwaartepakketcode (0413) niet gevuld worden.

Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgkantoor en er wel een indicatiebesluit is geldt, afhankelijk van de datum waarop het bestand ingediend is, de volgende invulinstructie:

Voor declaratieberichten ingediend voor 1-4-2018 geldt:

De velden Code indicatieorgaan (0408), Cliëntnummer indicatieorgaan (0409) worden overgenomen uit het Verzekerdenrecord. Indicatie-aanvraagnummer indicatieorgaan (0410) wordt indien bekend, verplicht gevuld en Indicatie-besluitnummer indicatieorgaan (0411) wordt verplicht gevuld.

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG

zorg

56 / 82



Voor declaratieberichten ingediend vanaf 1-4-2018 geldt:

De velden Code indicatieorgaan (0408), Cliëntnummer indicatieorgaan (0409) en Indicatie-aanvraagnummer indicatieorgaan (0410) worden niet gevuld. Indicatie-besluitnummer indicatieorgaan (0411) wordt verplicht gevuld.

#### **4.2.7 Declareren prestaties over één of meerdere declaratieperiodes**

Voor het vullen van een declaratieregel geldt de volgende bedrijfsregel indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgverzekeraar:

*"Een declaratie waarbij sprake is van een prestatie met hetzelfde tarief, dezelfde zorgverzekeraar, wordt in één declaratieregel aangeboden door de zorgaanbieder en ook als zodanig verwerkt bij de verzekeraar."*

Voor het vullen van een declaratieregel geldt de volgende bedrijfsregel indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgkantoor:

*"Een declaratie waarbij sprake is van een prestatie met hetzelfde tarief, hetzelfde indicatiebesluit, hetzelfde zorgkantoor, dezelfde functiecode en dezelfde zorgzwaartepakketcode, wordt in één declaratieregel aangeboden door de zorgaanbieder en ook als zodanig verwerkt bij het zorgkantoor."*

Een *zorgperiode* is een periode waarbinnen dezelfde prestatie iedere dag te declareren is. Dit wordt bepaald door de NZa Beleidsregels.

De *declaratieperiode* is de periode tussen de begindatum van het voorlooprecord (0114) en de einddatum (0115) van het voorlooprecord. Over een bepaalde declaratieperiode worden meerdere declaratieregels van één zorgaanbieder aan één zorgverzekeraar of zorgkantoor aangeboden.

Een declaratieregel betreft een prestatie. Een declaratieregel bevat ook een periode, dit is de periode tussen de begindatum (0414) en de einddatum (0415) van de prestatie. Deze periode noemen we de *prestatieperiode*.

Uitgangspunt is dat de zorg geleverd aan een verzekerde tijdens een bepaalde declaratieperiode direct in de erop volgende declaratieperiode wordt gedeclareerd. Indien dit in een latere declaratieperiode gebeurt, dan is sprake van "achteraf" declareren.

Voor het declareren van prestaties gelden drie verschillende methodes om te declareren, t.w. "per dag", "per zorgperiode" en "per declaratieperiode".

Wanneer het een Wlz-prestatie betreft wordt de methode (per zorgperiode of per declaratieperiode) die moet worden gehanteerd voor welke prestatiecode gevonden in de

Wlz koppeltabel/TOG. De tabel koppelt prestatiecodes aan ZZP-codes en functiecodes. De lijst is uitputtend en beslaat alle prestaties die voor intramurale- en extramurale zorg, dagbesteding, vervoer en VPT op verzekerdenniveau worden gedeclareerd. De tabel is te vinden op <https://tog.vektis.nl/>.

Wanneer het een WV-, ELV-, GZSP- of ZG-prestatie betreft is de declaratiemethode als volgt:

- WV integrale prestatie en niet-integrale prestatie met een tijdseenheid van een etmaal (24 uur)/overdag: *per zorgperiode*
- WV niet-integrale prestatie met een andere tijdseenheid dan een etmaal (24 uur)/overdag: *per declaratieperiode*
- ELV: *per zorgperiode*
- ZG: *per dag*
- **GZSP**: *per declaratieperiode*

Wanneer *per zorgperiode* wordt gedeclareerd, moet bij onderbreking van de zorg binnen één declaratieperiode meerdere declaratieregels in die declaratieperiode worden aangeboden.

Wanneer bij *per declaratieperiode* wordt gedeclareerd dan is deze bovenstaande verplichting niet van toepassing, tenzij:

Wanneer *per declaratieperiode* wordt gedeclareerd, moet bij een onderbreking door een prestatie die *per zorgperiode* wordt gedeclareerd, de declaratie periode worden ingekort. Dit betekent dat deze:

- Of opgesplitst moet worden in een periode voorafgaand aan de declaratie per zorgperiode en een periode na de declaratie per zorgperiode.
- Of ingekort wordt voor de periode voorafgaand op de declaratie per zorgperiode
- Of ingekort wordt op de periode volgend op de declaratie per zorgperiode

Het bovenstaande nader uitgewerkt leidt tot de volgende mogelijkheden met betrekking tot het vullen van declaratieregels:

*Per zorgperiode declareren:*

- Casus 1: als een zorgperiode aaneengesloten is en er wordt niet achteraf gedeclareerd, dan een prestatie per declaratieperiode in één declaratieregel declareren.
- Casus 2: als een zorgperiode aaneengesloten is en er wordt achteraf gedeclareerd, dan een prestatie per (voorgaande) declaratieperiode in één declaratieregel declareren.
- Casus 3: als de zorgperiode onderbroken is, en er wordt niet achteraf gedeclareerd, dan de prestatiedelen per declaratieperiode in afzonderlijke declaratieregels declareren.

- Casus 4: als een zorgperiode onderbroken is, en er wordt achteraf gedeclareerd, dan de prestatiedelen per (voorgaande) declaratieperiode in afzonderlijke declaratieregels declareren.

#### *Per declaratieperiode declareren:*

- Casus 5: als een zorgperiode per declaratieperiode is en er wordt niet achteraf gedeclareerd, dan een prestatie per declaratieperiode in één declaratieregel declareren (= gelijk casus 1).
- Casus 6: als een zorgperiode per declaratieperiode is en er wordt achteraf gedeclareerd, dan een prestatie per (voorgaande) declaratieperiode in één declaratieregel declareren (= gelijk casus 2).
- Casus 7: als een prestatie per declaratieperiode is en wordt onderbroken door een prestatie die per zorgperiode gedeclareerd moet worden, dan in de betreffende declaratieperiode:
  - de prestatie per declaratieperiode opsplitsen in een declaratieregel voorafgaand aan de declaratie per zorgperiode en een declaratieregel na de declaratie per zorgperiode;
  - de prestatie per zorgperiode in één declaratieregel declareren.
- Casus 8: als een prestatie per declaratieperiode is en deze wordt ingekort doordat er een prestatie per zorgperiode volgt, dan in de betreffende declaratieperiode:
  - de prestatie per declaratieperiode inkorten in een declaratieregel voorafgaand aan de declaratie per zorgperiode;
  - de prestatie per zorgperiode in één declaratieregel declareren.
- Casus 9: als een prestatie per declaratieperiode is en deze wordt ingekort doordat er een prestatie per zorgperiode voorafgegaan is, dan in de betreffende declaratieperiode:
  - de prestatie per zorgperiode in één declaratieregel declareren;
  - de prestatie per declaratieperiode inkorten in een declaratieregel volgend op de declaratie per zorgperiode.

Het volgende figuur illustreert de verschillende casussen met tijdslijnen en invulling van declaratieperiode, zorgperiode en prestatieperiode zoals hierboven benoemd.

In de illustratie wordt onderscheid gemaakt tussen de declaratiemethodes van de prestaties:

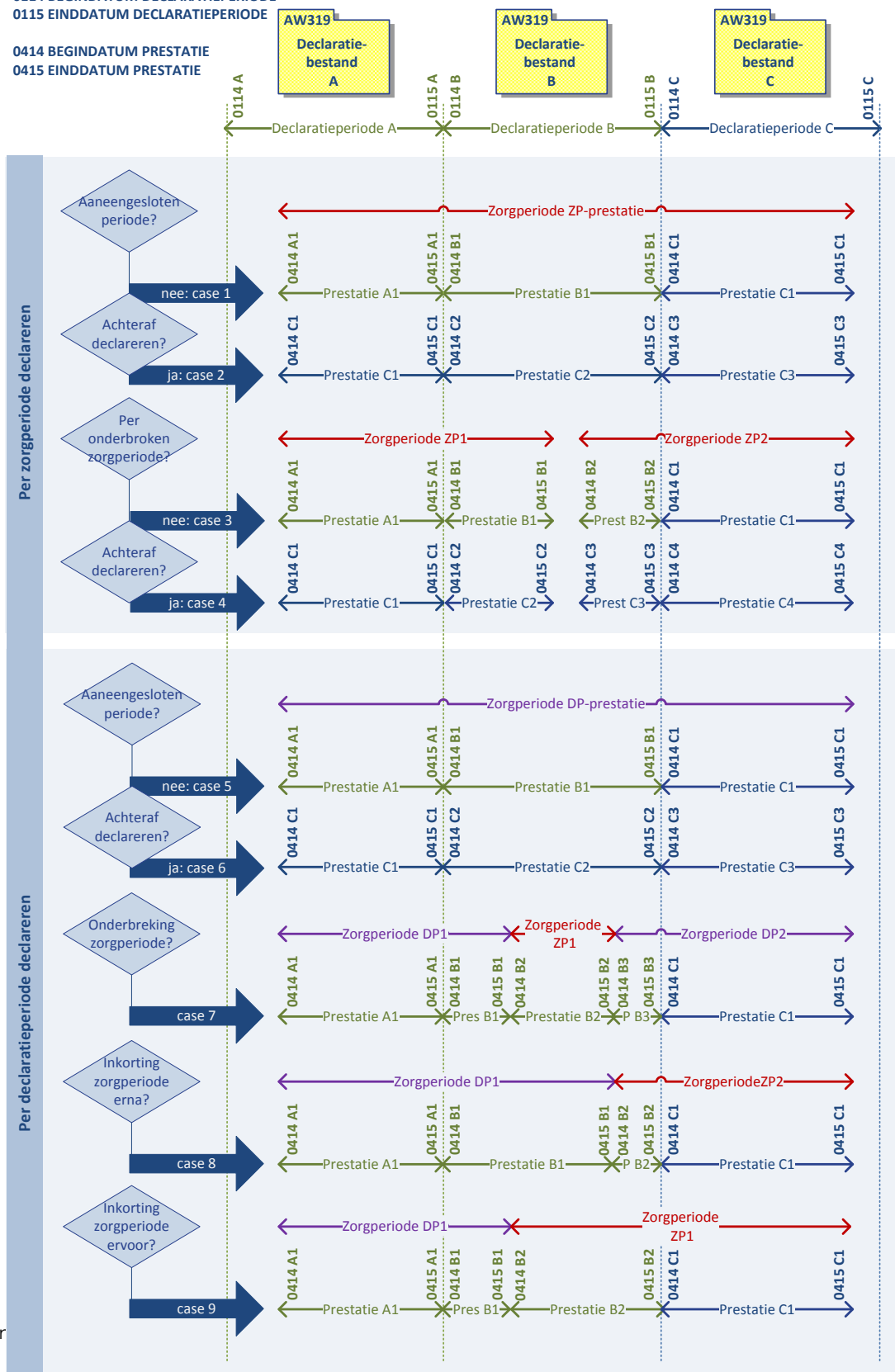
- ZP-prestatie: prestatie die met de declaratiemethode per zorgperiode wordt gedeclareerd en
- DP-prestatie: prestatie die met de declaratiemethode per declaratieperiode wordt gedeclareerd.

## Declareren prestaties over meerdere declaratieperiodes

Voor prestaties voor een verzekerde uitgaande van hetzelfde tarief, indicatiebesluit, zorgkantoor, functiecode en ZFP-code (Wlz) of hetzelfde tarief en zorgverzekeraar (Zvw)

0114 BEGINDATUM DECLARATIEPERIODE  
0115 EINDDATUM DECLARATIEPERIODE

0414 BEGINDATUM PRESTATIE  
0415 EINDDATUM PRESTATIE



Invulrij  
zorg

## 4.2.8 Declareren prestaties per declaratieperiode

### Tijdseenheid prestatie

Wanneer het een Wlz-prestatie betreft wordt de methode en de tijdseenheid die moet worden gehanteerd voor welke prestatiecode gevonden in de Wlz koppeltabel/TOG. De lijst is uitputtend en beslaat alle prestaties die voor intramurale- en extramurale zorg, dagbesteding, vervoer en VPT op verzekerdeniveau worden gedeclareerd. De tabel is te vinden op <https://tog.vektis.nl/>.

Wanneer het een WV-, ELV-, GZSP- of ZG-prestatie betreft wordt de tijdseenheid gepubliceerd in de desbetreffende prestatiecodelijst voor WV, ELV, **GZSP** of ZG. De prestatiecodelijst is te vinden op <https://tog.vektis.nl/>.

### Wijze van vullen EI-declaratiebericht AW319v[n.n]

Het vullen van declareren per declaratieperiode in een EI-bericht van de AW319 versie [n.n] wordt toegelicht aan de hand van twee casussen.

#### Casus 1

Aan een verzekerde A is op 1 september 2013 25 minuten extramurale zorg geleverd voor een prestatie X. De zorgaanbieder declareert maandelijks naar de verzekeraar. De zorgaanbieder zal in oktober een EI-declaratiebericht met als declaratieperiode september 2013 naar de verzekeraar sturen.

*Op welke wijze wordt de geleverde zorg gedeclareerd?*

In dit EI-bericht is sprake van een voorlooprecord waar de begindatum declaratieperiode (0114) de waarde "20130901" bevat en de einddatum declaratieperiode (0115) de waarde "20130930".

Er volgt bij deze verzekerde één prestatierecord.

**Tabel 4-3 Prestatierecord extramurale zorg**

Gegevens-element	Bijzonderheden met betrekking tot het vullen
Begindatum prestatie (0414)	Hier wordt de begindatum met de waarde = 20130901 gevuld.
Einddatum prestatie (0415)	Hier wordt de einddatum met de waarde = 20130901 gevuld.
Prestatiecode (0417)	Hier wordt de prestatiecode X gevuld.
Aantal uitgevoerde prestaties (0418)	Hier wordt waarde "0025" gevuld (aantal minuten).
Tijdseenheid zorgperiode (0419)	Hier wordt waarde "01" (code 01 = minuut) gevuld

Gegevens-element	Bijzonderheden met betrekking tot het vullen
Tarief prestatie (0425)	Hier wordt waarde "00000093" (93 eurocent) het afgesproken (afgerond) tarief per minuut gevuld.
Berekend bedrag (0426)	Hier wordt waarde "00002325" gevuld.
Declaratiebedrag (0429)	Hier wordt waarde "00002325" gevuld.

De verzekeraar maakt afspraken met de zorgaanbieder over het te hanteren tarief prestatie in eurocenten per minuut (al dan niet is afronden nodig). Dit tarief wordt in tarief prestatie gevuld. In het voorbeeld geldt een uurtarief (NZa) voor de prestatie van 56 euro. Het tarief prestatie (incl. BTW) bedraagt  $56/60 = 0,9333$  euro per minuut. Het afgesproken tarief wordt bijvoorbeeld 0,93 euro per minuut (= uurtarief/60 minuten, afgerond op 2 decimalen). Het berekend bedrag (incl. BTW) (0426) wordt berekend uit: = aantal uitgevoerde prestaties (aantal minuten) x tarief prestatie (incl. BTW) (afgesproken tarief per minuut). Het gegeven berekend bedrag (0426) bevat de waarde "00002325", zijnde 23 euro en 25 eurocent (berekend bedrag (incl. BTW) in dit geval  $25 \times 93 = 2325$  eurocenten). De zorgaanbieder brengt het gehele berekende bedrag bij de ontvanger van de declaratie in rekening.

## Casus 2

Aan een verzekerde B is in de maand september 2013 extramurale zorg geleverd voor een prestatie Y (persoonlijke verzorging):

1. Maandag 5 september 2013 – 50 minuten (10 x 5-minuten);
2. Woensdag 14 september 2013 – 20 minuten (4 x 5-minuten);
3. Maandag 19 september 2013 – 15 minuten (3 x 5-minuten);
4. Dinsdag 27 september 2013 – 75 minuten (15 x 5 minuten).

*Op welke wijze wordt de geleverde zorg gedeclareerd?*

In dit EI-bericht is sprake van een voorlooprecord waar de begindatum declaratieperiode (0114) de waarde "20130901" bevat en de einddatum declaratieperiode (0115) de waarde "20130930".

Er volgt bij deze verzekerde één prestatierecord.

**Tabel 4-4 Prestatierecord extramurale zorg**

Gegevens-element	Bijzonderheden met betrekking tot het vullen
Begindatum prestatie (0414)	Hier wordt de begindatum met de waarde = 20130905 gevuld.
Einddatum prestatie (0415)	Hier wordt de einddatum met de waarde = 20130927 gevuld.

Gegevens-element	Bijzonderheden met betrekking tot het vullen
Prestatiecode (0417)	Hier wordt de prestatiecode Y gevuld.
Aantal uitgevoerde prestaties (0418)	Hier wordt waarde "0032" gevuld (aantal 5-minuten)
Tijdseenheid zorgperiode (0419)	Hier wordt waarde "07" (code 07 = 5-minuten) gevuld
Tarief prestatie (0425)	Hier wordt waarde "00000383" (383 eurocent) het afgesproken (afgerond) tarief per 5-minuten gevuld.
Berekend bedrag (0426)	Hier wordt waarde "00012256" gevuld.
Declaratiebedrag (0429)	Hier wordt waarde "00012256" gevuld.

De verzekeraar maakt afspraken met de zorgaanbieder over het te hanteren tarief prestatie in eurocenten per 5-minuten. Dit tarief wordt in tarief prestatie gevuld.

In het voorbeeld geldt een uurtarief (NZA) voor de prestatie Y van 46 euro. Het tarief prestatie (incl. BTW) bedraagt  $46/12 = 3,8333$  euro per 5-minuten. Het afgesproken tarief wordt bijvoorbeeld 3,83 euro per 5-minuten (= uurtarief/12 5-minuten, afgerond op 2 decimalen).

Het berekend bedrag (incl. BTW) (0426) wordt berekend uit: = aantal uitgevoerde prestaties (aantal 5-minuten) x tarief prestatie (incl. BTW) (afgesproken tarief per 5-minuten).

Het gegeven berekend bedrag (0426) bevat de waarde "00012256", zijnde 122 euro en 56 eurocent (berekend bedrag (incl. BTW) in dit geval  $32 \times 383 = 12256$  eurocenten).

De zorgaanbieder brengt het gehele berekende bedrag bij de ontvanger van de declaratie in rekening.

#### 4.2.9 Aantal uitgevoerde prestaties

Het is mogelijk dat het aantal uitgevoerde prestaties van een prestatie in een declaratieperiode groter is dan de waarde "9999" (aantal uitgevoerde prestaties in eenheid minuut).

In een dergelijk geval dient de prestatie over meerdere prestatierecords te worden aangeleverd, met opeenvolgende periodes voor de prestaties: telkens een andere begindatum prestatie (0414) en einddatum prestatie (0415) (sleutel) en hierbij geldt dat elke einddatum prestatie ligt voor de begindatum prestatie van een erop volgend prestatierecord.

Bij correctie van prestatierecords die gesplitst zijn wegens de overschrijding van het aantal uitgevoerde prestaties, zullen alleen deze prestatierecords waarop de correctie van toepassing is gecrediteerd worden. Afhankelijk van het te corrigeren aantal uitgevoerde prestaties zullen eventueel de debetregels weer volgens bovenstaande regel gesplitst worden.

#### Casus 1

De prestatie 'begeleiding individueel' wordt bij een verzekerde voor 17.820 minuten geleverd in één maand. Dan splitst de zorgaanbieder de declaratie in twee declaratieregels:

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG

zorg

63 / 82

- Debet: 01-01 tot 15-01: 9720 minuten
- Debet: 16-01 tot 19-01: 5160 minuten

De declaratieregels zijn goedgekeurd, maar achteraf blijkt dat in de eerste week één nacht meer zorg is geleverd ( $8 \times 60 = 480$  minuten), daarop volgen dan deze declaratieregels:

- Credit: 01-01 tot **15**-01: 9720 minuten
- Credit: 16-01 tot 19-01: 5160 minuten
- Debet: 01-01 tot **14**-01: 9720 minuten
- Debet: 15-01 tot 19-01: **5640** minuten

## Casus 2

De prestatie 'begeleiding individueel' wordt bij een verzekerde voor 10.080 minuten geleverd in één maand. Dan splitst de zorgaanbieder de declaratie in twee declaratieregels:

- Debet: 01-01 tot 30-01: 9600 minuten
- Debet: 31-01 tot 31-01: 480 minuten

De declaratieregels zijn goedgekeurd, maar achteraf blijkt dat op de laatste dag de zorg niet is geleverd ( $8 \times 60 = 480$  minuten), daarop volgt dan deze declaratieregels:

- Credit: 31-01 tot 31-01: 480 minuten

### 4.2.10 Behandelaar/uitvoerder

Het gegeven zorgverlenerscode behandelaar/uitvoerder (0420) betreft de zorgverlener onder wiens verantwoordelijkheid de prestatie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg is uitgevoerd. Het gegeven dient verplicht gevuld te worden, met de zorgverlenerscode van een instelling. Het gegeven specialisme behandelaar/uitvoerder (0421) is een nadere verbijzondering van de zorgverlener per beroepsgroep. Het gegeven is niet relevant voor een prestatie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg. Het gegeven is voor een eventueel toekomstig gebruik in de EI-standaard opgenomen. Het gegeven wordt leeg gelaten.

### 4.2.11 Voorschrijver/verwijzer

Het gegeven zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer (0422) betreft de zorgverlener die een verzekerde voor Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg heeft verwezen. Het gegeven dient verplicht gevuld te worden indien het bekend is. Het betreft de identificatie van een zorgverlener (natuurlijk persoon).

Het gegeven specialisme voorschrijver/verwijzer (0423) is een nadere verbijzondering van de zorgverlener per beroepsgroep. Het gegeven is voor een eventueel toekomstig gebruik in de EI-standaard opgenomen. Het gegeven wordt leeg gelaten.



## 4.2.12 Declareren ZZP's en VPT

### Onderstaande geldt alleen voor Wlz-prestaties.

#### **Casus 1 V&V (inclusief VPT (volledig pakket thuis))**

Binnen de sector Verpleging en Verzorging worden ongedeelde ZZP's gedeclareerd. Dit in tegenstelling met de sectoren van Gehandicaptenzorg en Geestelijke gezondheidszorg. Het declareren van VPT gebeurt op dezelfde wijze als het declareren van normale ZZP's maar dan voor de prestatie VPT.

#### *Consequenties voor de invulling*

De te gebruiken prestatiecodes voor VPT staan in dezelfde prestatiecodelijst als de prestaties voor de reguliere V&V zorg.

## 4.2.13 Declareren gedeelde ZZP's

### Onderstaande geldt alleen voor Wlz-prestaties.

#### **Casus 1 Gehandicaptenzorg/Geestelijke Gezondheidszorg**

In de sectoren van Gehandicaptenzorg en Geestelijke Gezondheidszorg is er sprake van gedeelde ZZP's. In de praktijk betekent dit dat de dagbesteding (ZZP woonzorg) apart gedeclareerd kan worden van de andere bijbehorende prestaties binnen één declaratie. Het declareren van een gedeelde ZZP kan ook door twee verschillende declaranten worden gedaan met behulp van verschillende declaraties.

#### *Consequenties voor de invulling*

Als een gedeelde ZZP door dezelfde declarant in één declaratiebestand wordt gedeclareerd, met niet dezelfde zorgverlenende instelling als behandelaar/uitvoerder (0420), dan uit zich dat door een aparte declaratieregel per geleverde prestatie.

## 4.2.14 Declareren GZ

Onderstaande geldt alleen voor ZG-prestaties.

Binnen de sector Zintuiglijk gehandicapten worden prestaties gedeclareerd met een eenheid 'traject' of 'contact'. Dit gebeurt met code 81 (= benodigde tijdsduur of tijdsafhankelijk) in rubriek 0419 Tijdseenheid zorgperiode.

#### *Consequenties voor de invulling*

De te gebruiken prestatiecodes voor ZG staan in prestatiecodelijst 066 = Prestatiecodelijst zorg zintuiglijk gehandicapten.

## 4.2.15 Declareren bijbehorende/aanvullende prestaties

In een aantal gevallen kunnen naast de hoofdprestatie een aantal bijbehorende/aanvullende prestaties in rekening worden gebracht. Het gaat ondermeer om de volgende bijbehorende/aanvullende prestaties:

- Toeslagen (zoals CVA, MFC, Observatie, etcetera);
- Kapitaallasten;
- Inventariskosten;
- Vervoerskosten;
- Meerzorg;

### *Consequenties voor de invulling*

Het declareren van een hoofdprestatie met één of meer bijbehorende/aanvullende prestaties ziet er als volgt uit:

- Één prestatie record beschrijft de hoofdprestatie met bijbehorende data (exclusief bijbehorende/aanvullende prestatie).
- Na het prestatie record van de hoofdprestatie volgen één of meer de prestatie records voor de bijbehorende/aanvullende prestaties.
- De begindatum prestatie en einddatum prestatie van een bijbehorende/aanvullende prestatie kan afwijken van de begindatum prestatie en einddatum prestatie van de hoofdprestatie.

### **Casus 1 Toeslagdatum valt binnen een verblijf**

Een verzekerde A met een prestatiecode (Type ZZP 4 VG) verblijft van 1 tot en met 28 februari 2013 in een instelling voor gehandicaptenzorg. De verzekerde heeft gelijktijdig een prestatie, welke als toeslag wordt gedeclareerd, die binnen de declaratieperiode van het verblijf valt.

### *Consequenties voor de invulling*

Er volgen twee prestatie records met voor de volgende gegevenselementen consequenties voor de invulling.

**Tabel 4-5 Prestatie record verblijf**

Gegevenselement	Bijzonderheden met betrekking tot het vullen
Begindatum prestatie (0414)	Hier wordt de begindatum met de waarde = 20130201 voor de prestatiecode van het verblijf gevuld.
Einddatum prestatie (0415)	Hier wordt de einddatum met de waarde = 20130228 voor de prestatiecode van het verblijf gevuld.
Prestatiecode (0417)	Hier wordt de prestatiecode van het verblijf gevuld.
Tarief prestatie (0425)	Hier wordt het tarief van het verblijf gevuld.

**Tabel 4-6 Prestatierecord toeslag**

Gegevens-element	Bijzonderheden met betrekking tot het vullen
Begindatum prestatie (0414)	Hier wordt de begindatum met de waarde = 20130201 voor de prestatiecode van de toeslag gevuld.
Einddatum prestatie (0415)	Hier wordt de einddatum met de waarde = 20130228 voor de prestatiecode van de toeslag gevuld.
Prestatiecode (0417)	Hier wordt de prestatiecode van de toeslag gevuld.
Tarief prestatie (0425)	Hier wordt het tarief van de toeslag gevuld.

## Casus 2 Toeslag CVA

Voor verzekerden die zijn opgenomen met een ZZP 9VVB en die een CVA hebben gehad, kan voor de eerste acht weken van de revalidatie een toeslag worden toegekend per dag. De toeslag kan niet gepaard gaan met een andere toeslag voor dezelfde verzekerde. Voor het declareren volgens de AW319 betekent dit dat de toeslag in de prestatiecode en de duur van de toeslag ('begin datum prestatie' en 'einddatum prestatie' vallen binnen de declaratieperiode) dient te worden ingevuld. Als de acht weken revalidatie voor de declaratieperiode zijn gestart, dan staat in het veld 'begin datum prestatie' de eerste dag van de revalidatie. Bij 'einddatum prestatie' staat de laatste dag van de revalidatie.

### 4.2.16 Mutatiedagen (V&V)

#### Onderstaande geldt alleen voor Wlz-prestaties.

Mutatiedagen kunnen worden gedeclareerd. De prestaties voor mutatiedagen worden behandeld als indicatievrije zorg en worden gedeclareerd op de vertrekkende cliënt.

### 4.2.17 Kortdurend verblijf

#### Onderstaande geldt alleen voor Wlz-prestaties.

Verzekerden die gebruik maken van kortdurend (tijdelijk) verblijf (lees: korter dan 4 etmalen per week intramuraal verblijven) lopen op een bijzondere manier mee in de intramurale declaratie.

#### *Consequenties voor de invulling*

Voor tijdelijk verblijf (logeren) wordt door zorgaanbieders per verzekerde in rekening gebracht:

- de prestatie verblijf per dag (eten, schoonmaak).

Intervalzorg wordt gedeclareerd zoals beschreven in 4.2.6 Declareren prestaties over één of meerdere declaratieperiodes.

Invulinstructie EI (RETOURINFORMATIE) Declaratie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg

## 4.2.18 Creditering

Hieronder volgen invulinstructies over creditering. De creditering is gerelateerd aan de debetregels zoals beschreven in paragraaf 4.2.6.

Wanneer een debetregel over meerdere prestatierecords is verspreid gelden de volgende regels<sup>6</sup>:

- Bij correctie van een hoofdprestatie worden de prestatierecords van de hoofdprestatie en de daarbij behorende bijbehorende/aanvullende prestaties gecrediteerd.
- Bij correctie van een bijbehorende/aanvullende prestatie wordt alleen het prestatierecord wat wijzigt gecrediteerd.

Onderstaande illustratie geeft weer hoe één prestatie wordt gecrediteerd. Deze creditering kan een ander tarief, indicatiebesluit, functiecode, ZZP-code of bedrag betreffen.

---

<sup>6</sup> Deze creditering regels gelden voor prestaties met een begindatum groter of gelijk aan 1-1-2014.

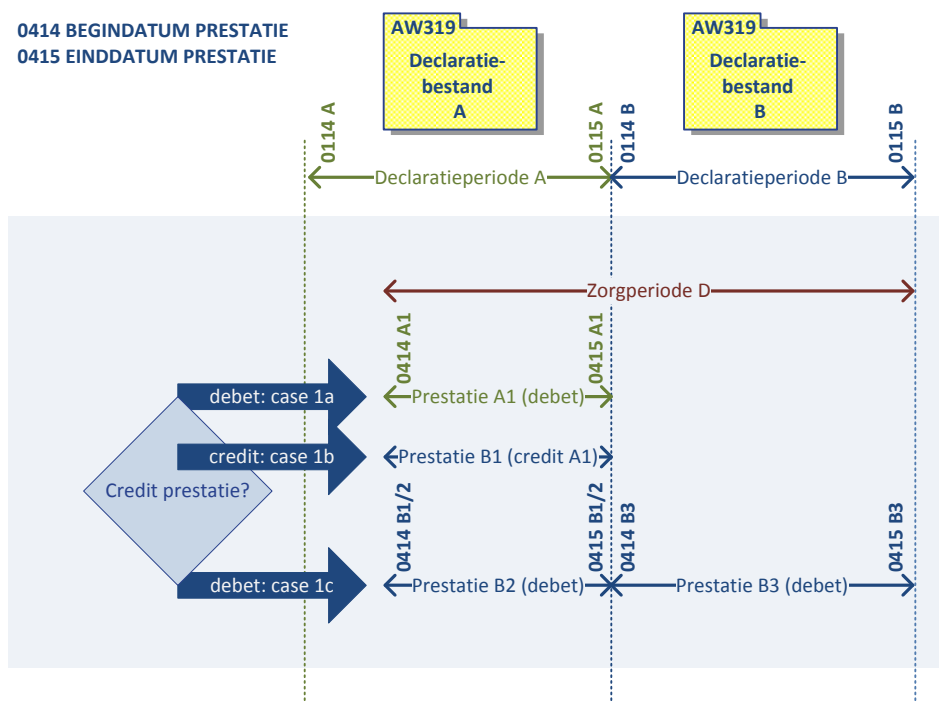
## Crediteren gedeclareerde prestaties over meerdere declaratieperiodes

0114 BEGINDATUM DECLARATIEPERIODE

0115 EINDDATUM DECLARATIEPERIODE

0414 BEGINDATUM PRESTATIE

0415 EINDDATUM PRESTATIE



- Prestatie B2 vervangt A1 in declaratieperiode B.
- Prestaties B2 en B3 hebben hetzelfde tarief, (indicatiebesluit) en verzekeraar

### 4.2.19 Functiecode, zorgzwaartepakketcode

#### Onderstaande geldt alleen voor Wlz-prestaties.

In de AW319v[n.n] zijn de functiecode (0412) en de zorgzwaartepakketcode (0413) opgenomen. Met deze velden geeft de zorgaanbieder aan welke zorgtoewijzing gegevens de basis zijn voor de geleverde zorg. Indien één prestatie wordt geleverd op basis van twee verschillende functies dan volgen ook twee prestatieregels.

Welke velden, functiecode en/of zorgzwaartepakketcode, verplicht moeten worden gevuld is afhankelijk van de prestatie. De Wlz koppeltabel/TOG geeft per prestatie aan welke velden wel of niet gevuld moeten worden. De ingevulde functiecode en/of zorgzwaartepakketcode worden gecontroleerd volgens de NZa richtlijnen. De tabel is te vinden op <https://tog.vektis.nl/>.

De ZP-code en functiecode kunnen, bij indicatiebesluit, op drie manieren conform de Wlz koppeltabel/TOG gevuld worden:

- alleen ZP-code;
- alleen functiecode of
- ZP-code en functiecode.

Wanneer er geen indicatiebesluit is voor de verzekerde mogen beide velden niet gevuld worden.

Een voorbeeld:

In de koppeltabel staat bij prestatiecode Q dat deze gedeclareerd mag worden bij een zorgtoewijzing voor functiecode 1,2 of 3. Zorgaanbieder A levert deze prestatiecode Q bij een cliënt op basis van functie 1. In dat geval moet het veld functiecode (0412) worden gevuld met functiecode 1.

Per 1-4-2018 indiceert het CIZ uitsluitend zorgprofielen. Uitzondering hierop zijn subsidieregeling extramurale behandeling, ADL en een kleine groep Wlz indiceerbaren met de functie ADL. Voor de Wlz indiceert het CIZ uitsluitend zorgprofielen die als ZP in het indicatiebesluitbericht worden opgenomen, zonder vermelding van BG-GRP. Daarom zijn er nog functies opgenomen in de koppeltabel.

#### **4.2.20 Tijdseenheid zorgperiode**

Niet meer dan het logisch maximum van een declaratie-eenheid mag gedeclareerd worden.

Zo mag er niet meer dan 24 uur in een dag zitten en 60 minuten in een uur.

#### **4.2.21 Zorgplan = realisatie**

##### **Onderstaande geldt alleen voor Wlz-prestaties.**

Per 01-01-2014 kunnen aanbieders van extramurale zorg kiezen voor de zorgplan = realisatie optie in hun werkwijze. Dit kan wanneer de zorgaanbieder voldoet aan de inkoopvoorwaarden om de zorgplan = realisatie optie uit te voeren.

Op basis van de indicatie en het zorgplan kan het zorgarrangement samengesteld worden. Het zorgarrangement is een contract tussen de zorgaanbieder en de cliënt.

Wanneer voor de zorgplan = realisatie optie is gekozen door de zorgaanbieder zullen in de declaratie de velden 0414 Begindatum prestatie, 0415 Einddatum prestatie en 0418 Aantal uitgevoerde prestatie worden gevuld op basis van de zorgarrangementen.

Wanneer deze optie niet geldt worden deze velden gevuld op basis van de werkelijk bestede tijd voor de prestatie van de zorgaanbieder.

#### **4.2.22 Jaarovergang**

Een declaratiebestand bevat alleen prestaties die betrekking hebben op hetzelfde kalenderjaar. Prestaties met een 0414 Begindatum prestatie in het voorgaand jaar en een 0415 Einddatum prestatie in het huidige jaar mogen niet gedeclareerd worden. Prestaties gaan niet over de jaargrens heen en worden bij de jaarovergang opgesplitst.

## 5 Bijlagen

### 5.1 Mutatieoverzicht

Dit overzicht is ten behoeve van correctief onderhoud na uitbrengen van de EI-standaard.

**Tabel 5-1 Mutatieoverzicht bij deze uitgave**

Datum	RfC# / CorriD	Documentdeel	Aard wijziging
15-10-2019	S19008	Par 4.2.1	<p>Tekst gewijzigd:</p> <p>“Vanaf 2020 wordt de Aanvullende Geneeskundige Zorg (AGZ) een losse aanspraak in de Zvw. De AGZ wordt opgenomen in de informatiestroom van wijkverpleging. De Code EI daarvoor is 428 (= Declaratie wijkverpleging en eerstelijnsverblijf).”</p> <p>wordt</p> <p>“Vanaf 2020 wordt de Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) een losse aanspraak in de Zvw. De AGZ wordt opgenomen in de informatiestroom van wijkverpleging. De Code EI daarvoor is 428 (= Declaratie wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiëntgroepen.”</p>
15-10-2019	S19008	Par 4.2.1	<p>Tekst gewijzigd:</p> <p>“Informatiestromen van zorgaanbieders naar zorgverzekeraars voor de WV en ZG vanaf 2015, en voor de ELV vanaf 2017.”</p> <p>wordt</p> <p>“informatiestromen van zorgaanbieders naar zorgverzekeraars voor de WV en ZG vanaf 2015, en voor de ELV vanaf 2017, en voor de GZSP vanaf 2020.”</p>
15-10-2019	S19008	Par 4.2.1	<p>Tekst gewijzigd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgverzekeraar voor aanspraak WV en ELV is de code 428 (= Declaratie wijkverpleging en eerstelijnsverblijf)”</li> </ul> <p>wordt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgverzekeraar voor aanspraak WV, ELV en GZSP is de code 428 (= Declaratie wijkverpleging,</li> </ul>



Datum	RfC# / CorrID	Documentdee I	Aard wijziging
			eerstelingsverblijf en Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiëntgroepen)."
15-10-2019	S19008	Par 4.2.1	Tekst gewijzigd: <ul style="list-style-type: none"> <li>- "070 = Prestatiecodelijst aanvullend geneeskundige zorg"</li> </ul> wordt <ul style="list-style-type: none"> <li>- "070 = Prestatiecodelijst Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiëntgroepen."</li> </ul>
15-10-2019	S19008	Par 4.2.7	Tekst gewijzigd: "Wanneer het een WV-, ELV-, AGZ- of ZG-prestatie betreft is de declaratiemethode als volgt:" wordt "Wanneer het een WV-, ELV-, GZSP- of ZG-prestatie betreft is de declaratiemethode als volgt:"  En "AGZ: per declaratieperiode" wordt "GZSP: per declaratieperiode"
15-10-2019	S19008	Par 4.2.8	Tekst gewijzigd: "Wanneer het een WV-, ELV-, AGZ- of ZG-prestatie betreft wordt de tijdsseenheid gepubliceerd in de desbetreffende prestatiecodelijst voor WV, ELV, AGZ of ZG." wordt "Wanneer het een WV-, ELV-, GZSP- of ZG-prestatie betreft wordt de tijdsseenheid gepubliceerd in de desbetreffende prestatiecodelijst voor WV, ELV, GZSP of ZG."
15-10-2019	S19008	Par 4.2.10	Tekst gewijzigd: "Het gegeven zorgverlenerscode behandelaar/uitvoerder (0420) betreft de zorgverlener onder wiens verantwoordelijkheid de prestatie Wlz, WV, ELV en ZG zorg is uitgevoerd." wordt "Het gegeven zorgverlenerscode behandelaar/uitvoerder (0420) betreft de zorgverlener onder wiens verantwoordelijkheid de prestatie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg is uitgevoerd." En

Datum	RfC# / CorriD	Documentdeel	Aard wijziging
			<p>"Het gegeven is niet relevant voor een prestatie Wlz, WV, ELV en ZG zorg."</p> <p>wordt</p> <p>"Het gegeven is niet relevant voor een prestatie Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg."</p>
15-10-2019	S19008	Par 4.2.11	<p>Tekst gewijzigd:</p> <p>"Het gegeven zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer (0422) betreft de zorgverlener die een verzekerde voor Wlz, WV, ELV en ZG zorg heeft verwezen."</p> <p>wordt</p> <p>"Het gegeven zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer (0422) betreft de zorgverlener die een verzekerde voor Wlz, WV, ELV, GZSP en ZG zorg heeft verwezen."</p>
08-07-2019	S19008	Par 4.2.1	<p>Tekst toegevoegd:</p> <p>"Vanaf 2020 wordt de Aanvullende Geneeskundige Zorg (AGZ)..."</p> <p>en</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"70 = Prestatiecodelijst aanvullend geneeskundige zorg"</li> </ul>
08-07-2019	S19008	Par 4.2.7	<p>Tekst wijzigen:</p> <p>"Wanneer het een <u>WV-, ELV- of ZG-prestatie</u> betreft is de declaratiemethode als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>WV integrale prestatie en niet-integrale prestatie met een tijdseenheid van een etmaal (24 uur)/overdag: <i>per zorgperiode</i></li> <li>WV niet-integrale prestatie met een andere tijdseenheid dan een etmaal (24 uur)/overdag: <i>per declaratieperiode</i></li> <li>ELV: <i>per zorgperiode</i></li> <li>ZG: <i>per dag</i>"</li> </ul> <p>wordt</p> <p>"Wanneer het een <u>WV-, ELV-, AGZ- of ZG-prestatie</u> betreft is de declaratiemethode als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>WV integrale prestatie en niet-integrale prestatie met een tijdseenheid van een etmaal (24 uur)/overdag: <i>per zorgperiode</i></li> </ul>

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
			<ul style="list-style-type: none"> <li>WV niet-integrale prestatie met een andere tijdseenheid dan een etmaal (24 uur)/overdag: <i>per declaratieperiode</i></li> <li>ELV: <i>per zorgperiode</i></li> <li>AGZ: <i>per declaratieperiode</i></li> <li>ZG: <i>per dag</i>"</li> </ul>
08-07-2019	S19008	Par 4.2.8	<p>Tekst wijzigen:</p> <p>"Wanneer het een <u>WV-, ELV of ZG-prestatie</u> betreft wordt de tijdseenheid gepubliceerd in de desbetreffende prestatiecodelijst voor WV, ELV of ZG. De prestatiecodelijst is te vinden op <a href="https://tog.vektis.nl/">https://tog.vektis.nl/</a>."</p> <p>wordt</p> <p>"Wanneer het een <u>WV-, ELV, AGZ of ZG-prestatie</u> betreft wordt de tijdseenheid gepubliceerd in de desbetreffende prestatiecodelijst voor WV, ELV of ZG. De prestatiecodelijst is te vinden op <a href="https://tog.vektis.nl/">https://tog.vektis.nl/</a>."</p>
11-06-2019	S19010	Par 4.2.14	Paragraaf 4.2.14 Declareren ZG toegevoegd.
01-04-2019	S18033	Par 4.2.7	<p>Tekst wijzigen:</p> <p>"Casus 4: als een zorgperiode onderbroken is, en er wordt achteraf gedeclareerd, dan de prestatiedelen per (voorgaande) declaratieperiode in één declaratieregel declareren."</p> <p>wordt</p> <p>"Casus 4: als een zorgperiode onderbroken is, en er wordt achteraf gedeclareerd, dan de prestatiedelen per (voorgaande) declaratieperiode in afzonderlijke declaratieregels declareren."</p>
08-01-2018		Par. 4.2.5	De velden Code indicatieorgaan (0224) en Cliëntnummer indicatieorgaan (0225) zijn voor <b>debet</b> declaratieberichten ingediend na 01-04-2018 geen identificerende sleutel meer en worden niet gevuld bij een declaratiebericht naar het zorgkantoor.
01-10-2017		Par. 2.3.5 Par 4.2.5 Par. 4.2.6 Par. 4.2.18	Wijzigingen in het kader van de iWlz 2.0 per 01-04-2018. Het betreft de vulling van de velden m.b.t. de identificatie van client en de functiecode.

Datum	RfC# / CorrID	Documentde I	Aard wijziging
01-10-2017		Par. 4.3	Paragraaf met de Herkomst tabel is verwijderd, heeft geen toegevoegde waarde meer.
???		Par. 4.2.8	De representant maakt namens de verzekeraar afspraken met de zorgaanbieder over...'. Wordt 'De verzekeraar maakt afspraken met de zorgaanbieder over...'
15-11-2016		Par. 4.2.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>WV integrale prestatie: <i>per zorgperiode</i></li> <li>WV niet-integrale prestatie: <i>per declaratieperiode</i></li> </ul> Wordt <ul style="list-style-type: none"> <li>WV integrale prestatie en niet-integrale prestatie met een tijdseenheid van een etmaal (24 uur)/overdag: <i>per zorgperiode</i></li> <li>WV niet-integrale prestatie met een andere tijdseenheid dan een etmaal (24 uur)/overdag: <i>per declaratieperiode</i></li> </ul>
07-09-2016		Overall	N.a.v. nieuwe uitgave voor 2017 (nieuwe beleidregels) is de oude 'AWBZ' terminologie in de AW319 aangepast: <ul style="list-style-type: none"> <li>Daar waar mogelijk is 'AWBZ' vervangen door 'Wlz'</li> <li>'AWBZ-verzekeraar' wordt 'zorgkantoor'</li> <li>'AWBZ-zorg' wordt 'Wlz, WV, ELV en ZG zorg'</li> </ul>
07-09-2016		Par. 4.2.1	Wijzigen paragraaf 'Transitie wijkverpleging en zorg zintuiglijk gehandicapten in Zvw' naar 'Wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en zorg zintuiglijk gehandicapten in Zvw'. Hierin is de aanspraak eerstelijnsverblijf toegevoegd.
07-09-2016		Par. 4.2.3	'Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar zorgverzekeraar' wordt 'Indien declaratie is Wijkverpleging of Zorg zintuiglijk gehandicapten'  Toevoegen tekst voor 'Indien declaratie is Eerstelijnsverblijf'  'Indien declaratiebericht wordt verstuurd naar AWBZ-verzekeraar' wordt 'Indien declaratie is Wlz'
07-09-2016		Par. 4.2.7	Wijzigen declaratiemethodes voor Zvw-prestaties naar per zorgperiode (WV integrale prestaties, ELV) en per dag (ZG).

Datum	RfC# / CorrID	Documentdee I	Aard wijziging
07-09-2016	16.004	Par. 4.2.7	Toevoegen casussen 7, 8 en 9 in het geval een prestatie per declaratieperiode onderbroken of ingekort wordt door een prestatie per zorgperiode.
07-09-2016		Par. 4.2.8	Verwijderen declaratiemethode per declaratieperiode voor WV- en ZG- prestaties.
17-11-2014		Par. 4.2.3	Wijzigen tekst over vulling AGB-code bij Zvw-overeenkomsten.
08-07-2014		Par. 2.3.5	Toevoegen tekst met uitleg en voetnoot: <i>Voor de identificatie is het van belang waar het declaratiebericht naar gestuurd wordt: de zorgverzekeraar of de AWBZ-verzekeraar.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Naast AWBZ-identificatie generieke Zvw-identificatie beschrijven.</li> </ul>
08-07-2014	13.018	Par. 2.3.5	Toevoegen tekst RfC 13.018 over toestaan 0-bedragen.
08-07-2014		Par. 4.2.1	Toevoegen paragraaf over Transitie wijkverpleging en zorg zintuiglijk gehandicapten naar Zvw.
08-07-2014		Par. 4.2.2	Onderscheid tussen AWBZ- en Zvw-informatiestroom.
08-07-2014		Par. 4.2.3	Toevoegen tekst over vulling AGB-code bij Zvw-overeenkomsten.
08-07-2014		Par. 4.2.5	Onderscheid tussen AWBZ- en Zvw-informatiestroom.
08-07-2014		Par. 4.2.6	Onderscheid tussen AWBZ- en Zvw-informatiestroom.
08-07-2014		Par. 4.2.7	Onderscheid tussen AWBZ- en WV/ZG-prestaties.
08-07-2014		Par. 4.2.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderscheid tussen AWBZ- en WV/ZG-prestaties voor declaratiemethode en tijdseenheid.</li> <li>• Aanpassen casus 2 met 5-minuten als declaratie-eenheid.</li> </ul>
08-07-2014		Par. 4.2.12	ZZP's en VPT gelden alleen voor de AWBZ-prestaties.
08-07-2014		Par. 4.2.13	Gedeelde ZZP's gelden alleen voor de AWBZ-prestaties.
08-07-2014		Par. 4.2.14	Mutatiedagen (V&V) gelden alleen voor de AWBZ-prestaties.
08-07-2014		Par. 4.2.16	Kortdurend verblijf geldt alleen voor de AWBZ-prestaties.
08-07-2014		Par. 4.2.18	De functiecode en ZZP-code gelden alleen voor de AWBZ-prestaties.
08-07-2014		Par. 4.2.16	Zorgplan = realisatie geldt alleen voor de AWBZ-prestaties.
08-07-2014		Par. 4.3	Herkomst gegevens AW319 geldt alleen voor de AWBZ-prestaties.
01-07-2013		Par. 2.3.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwijderen kolom 'BSN in productie – nee'.</li> <li>• Toevoegen rij/kolommen 'Indicatiebesluit' Ja en Nee</li> <li>• Toevoegen rij cliëntnummer.</li> <li>• Verwijderen rij verzekerdennummer</li> </ul>

Datum	RfC# / CorrID	Documentde e	Aard wijziging
			<ul style="list-style-type: none"> <li>AWBZ-verzekeraar wijst wanneer BSN en indicatiebesluit bekend is combinatie met geboortedatum niet af, anders controleert de AWBZ-verzekeraar wel op geboortedatum.</li> </ul>
01-07-2013		Par. 4.2.3	Paragraaf declaratieperiode is uitgebreid met een uitgangspunt en twee casussen.
01-07-2013		Par. 4.2.6	Declaratiemethode 'Aaneengesloten' wordt 'Per zorgperiode'
01-07-2013		Par. 4.2.13	Wijzigen paragraaf van 'Declareren toeslagen' in 'Declareren aanvullende/bijbehorende prestaties'. Hierin wordt naast toeslag ook andere soorten prestaties aan een hoofdprestatie toegevoegd.
01-07-2013		Par. 4.2.14	Toevoegen paragraaf 'Mutatiedagen (V&V)'. Mutatiedagen kunnen worden gedeclareerd.
01-07-2013		Par. 4.2.16	Creditering Bij correctie wordt i.g.v. hoofdprestatie alle prestaties inclusief bijbehorende/aanvullende prestaties als een geheel gecrediteerd. Bij een bijbehorende/aanvullende prestatie wordt enkel het record wat wijzigt gecrediteerd.
01-07-2013		Par. 4.2.19	Toevoegen paragraaf 'Zorgplan = realisatie' Er kan gedeclareerd worden op basis van Zorgplan = realisatie.
01-07-2013		Par. 4.2.20	Toevoegen paragraaf 'Jaarovergang' Hierin worden de afspraken over de jaarovergang beschreven.
08-04-2013	13.001	Par. 4.2.14	Verwijderen paragraaf 4.2.14 Mutatiedagen V&V Mutatiedagen worden niet op verzekerdenniveau (AW319v[n.n]) gedeclareerd.
18-07-2012		Par. 4.2.1	Toevoegen regio's en onderkennen apart UZOVI nummer voor AWBZ verzekeraar in voorlooperrecord en UZOVI-nummer zorgverzekeraar in verzekerde- en prestatierecord.
18-07-2012		Par. 4.2.4	De volgende tekst is toegevoegd: "Deze sleutel maakt een verzekerde uniek, een uniek verzekerdenrecord mag maar één keer voorkomen in het declaratiebestand." I.p.v. het volgen van de generieke invulinstructie voor BSN en verzekerdennummer wordt de volgende tekst toegevoegd: "De gegevens UZOVI-nummer (0204) en Verzekerdennummer (0205) zijn tevens sleutel in het verzekerdenrecord en het prestatierecord. Een verzekerde die verandert van

Datum	RfC# / CorrID	Documentde- e	Aard wijziging
			<p>zorgverzekeraar is hierdoor altijd uniek te identificeren in het EI-bericht."</p> <p>Daarnaast kan het voorkomen dat één verzekerde meerdere malen als verzekerderecord van dezelfde zorgverzekeraar in het declaratiebestand voorkomt. Wanneer een verzekerde tijdens een declaratieperiode van zorgverzekeraar verandert.</p>
18-07-2012		Par. 4.2.5	Toegevoegd is welke sleutelvelden van het prestatierecord gevuld worden wanneer er wel of geen indicatiebesluit voorhanden is.
18-07-2012		Par. 4.2.17	<p>Het vullen van functiecode en ZZP-code is veranderd in: "Welke velden, functiecode en/of zorgzwaartepakketcode, verplicht moeten worden gevuld is afhankelijk van de prestatie. De AWBZ koppeltabel/TOG geeft per prestatie aan welke velden wel of niet gevuld moeten worden. De ingevulde functiecode en/of zorgzwaartepakketcode worden gecontroleerd volgens de NZa richtlijnen."</p> <p>Ook is een voorbeeld toegevoegd.</p>
06-04-2012		Overall	<p>De AW319/320 is tekstueel aangepast n.a.v. de organisatorische wijzigingen van de AWBZ 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgkantoor is vervangen door AWBZ-verzekeraar en</li> <li>• Onderscheid tussen beheerstichting en declarant</li> </ul>
06-04-2012	RfC 11.002	Par. 2.3.3	<p>Toevoeging paragraaf: "Factuurnummer declarant (rubriek 0116) dient inhoudelijk uniek te zijn; de controle is niet case sensitive, dus geen onderscheid in hoofd- en kleine letters. Voorbeeld: AA1234567890 is hetzelfde als aa1234567890."</p>
06-04-2012		Par. 3.2	<p>Verwijdering in de voorbeelden 2a, 2b, 3a en 2b onder tweede kop VECOZO, de tweede zin: "Het bericht bestaat uit een voorloop- en sluitrecord, wat duidt op een afkeuring op bestandsniveau van het EI-heenbericht."</p>
06-04-2012		Par. 4.2.1	Verwijderen regio's en onderkennen apart AWBZ UZOVI nummer voor AWBZ verzekeraar
06-04-2012		Par. 4.2.3	"Declaratieperioden van verschillende opeenvolgende declaraties aansluitend zijn."

Datum	RfC# / CorrID	Documentdee I	Aard wijziging
			<p>Wordt</p> <p>"Een volgende declaratieperiode moet aansluitend zijn op een eerdere declaratieperiode."</p> <p>Toevoeging dat meerdere declaratiebestanden per declarant per declaratieperiode mogen voorkomen</p>
06-04-2012		Par. 4.2.4	<p>De paragraaf is aangepast op het feit dat een indicatiebesluit niet meer verplicht is voor een verzekerde of meerdere keren kan voorkomen van verschillende indicatieorganen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De identificatie op basis van BSN of combinatie UZOVI-nummer/Verzekerdenummer is toegevoegd.</li> <li>• Het voorbeeld Vrouwenopvang is verwijderd.</li> <li>• Verwijdering: <i>Verklaring toevoeging UZOVI-nummer (0204) en verzekerdenummer (inschrijvingsnummer, relatienummer) (0205) aan logische sleutel verzekerdenrecord.</i></li> </ul> <p><u>In één bericht kan een cliënt niet meerdere keren worden opgenomen voor twee verschillende zorgverzekeraars.</u></p>
06-04-2012		Par. 4.2.5	<p>Toevoeging logische sleutels:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Functiecode (0412)</li> <li>• Zorgzwaartepakketcode (0413)</li> </ul> <p>Verwijdering van de laatste 2 alinea's:</p> <p>"In het geval BSN niet aanwezig of niet bekend is, zijn als sleutel code indicatieorgaan + cliëntnummer indicatieorgaan in het prestatierecord voorhanden (zie 4.2.4).</p> <p>In het prestatierecord zijn naast de sleutel(s) uit het verzekerdenrecord als sleutel aanwezig:</p> <p>indicatieaanvraagnummer indicatieorgaan +  indicatiebesluitnummer indicatieorgaan + begindatum prestatie  +  aanduiding prestatiecodelijst + prestatiecode."</p>
06-04-2012		Par. 4.2.6	Verwijdering paragraaf: 4.2.6 Doorsturen toegestaan
06-04-2012		Par. 4.2.6	4.2.7 Declareren prestaties intramurale AWBZ-zorg is vervangen door paragraaf 4.2.6 Declareren prestaties over één of meerdere declaratieperiodes.



Datum	RfC# / CorrID	Documentdee I	Aard wijziging
			Deze paragraaf is geheel herschreven met als belangrijkste aanpassingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loslaten onderscheid intramuraal</li> <li>• Vervallen cumulatieve declaratie bij achteraf declareren</li> <li>• Een illustratie is toegevoegd</li> <li>• De casussen zijn verwijderd</li> </ul>
06-04-2012		Par. 4.2.7	4.2.8 Declareren prestaties extramuraal-, dagbesteding-, vervoer AWBZ-zorg wordt 4.2.7 Declareren prestaties per declaratieperiode met de volgende wijzigingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwijdering 1<sup>e</sup> deel tot aan Publicatie declaratie-eenheid</li> <li>• Verplaatsing 'Aantal uitgevoerde prestaties' naar een aparte paragraaf.</li> </ul>
06-04-2012		Par. 4.2.8	Toevoeging paragraaf "Aantal uitgevoerde prestaties". Deze is opgebouwd uit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de oorspronkelijke tekst uit de paragraaf "Declareren prestaties extramuraal-, dagbesteding-, vervoer AWBZ-zorg"</li> <li>• correctie van gesplitste prestatie records met 2 casussen</li> </ul>
06-04-2012		Par. 4.2.12	"Als een gedeelde ZZP door dezelfde declarant in één declaratiebestand wordt gedeclareerd, dan uit zich dat door een aparte declaratieregel per geleverde prestatie.", krijgt de toevoeging "... door dezelfde declarant, met niet dezelfde zorgverlenende instelling als behandelaar/uitvoerder (0420), in één declaratiebestand ...".
06-04-2012		Par. 4.2.13	In casus 5 is verwijderd: In het veld 'berekend bedrag' wordt dan het resultaat van het aantal dagen in veld 'aantal uitgevoerde prestaties' vermenigvuldigd met de toeslag in veld 'tarief prestatie (incl. BTW)' opgenomen.
06-04-2012		Par. 4.2.15	Verwijdering paragraaf: 4.2.15 Partner in instelling
06-04-2012		Par. 4.2.16	Creditering is herschreven. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een illustratie is toegevoegd</li> <li>• De casussen zijn verwijderd.</li> <li>• Bij correctie wordt alleen het prestatie record wat wijzig gecrediteerd.</li> </ul>
06-04-2012		Par. 4.2.17	Functiecode, zorgzwaartepakketcode is herschreven met als belangrijkste aanpassingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loslaten onderscheid intramuraal en extramuraal</li> </ul>

Datum	RfC# / CorrID	Documentde e	Aard wijziging
			<ul style="list-style-type: none"><li>De casussen zijn verwijderd en samengevat.</li></ul>
06-04-2012		Par. 4.4	Verwijdering paragraaf: 4.4 Invulvoorbeelden prestatie record
06-04-2012		Par 4.2.18	Toegevoegd paragraaf 4.2.18 Tijdseenheid zorgperiode.