

Externe integratie

Generieke Declaratiestandaard

GDS801-GDS802

Standaardbeschrijving [STB]

Versie EI-standaard:	1.0
Versiedatum:	15-03-2021
Uitgave document:	4
Uitgavedatum:	14-12-2021
Kenmerk:	GDS801-GDS802v1.0_STBu4.docx

Adres- en contactgegevens

Correspondentieadres

Vektis
Postbus 703
3700 AS ZEIST

Bezoekadres

Vektis
Sparrenheuvel 18
3708 JE ZEIST

Telefoon: 030 - 8008 300

Helpdesk: standaardisatie@vektis.nl

Website: www.vektis.nl

Informatie over standaarden: www.vektis.nl/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.

Revisiehistorie EI-standaard

Versie EI-standaard	Uitgave document	Aard/reden wijzigingen	Datum uitgave
1.0	4	Omschrijving controleniveaus aangepast	14-12-2021
1.0	3	Toelichting op volgorde van verwerken EI-berichten toegevoegd.	14-07-2021
1.0	2	Tweede uitgave voor eerste versie	19-05-2021
1.0	1	Eerste uitgave voor eerste versie	15-03-2021

Generieke Declaratiestandaard (GDS)

De naam van deze nieuwe standaard staat voor 'Generieke Declaratiestandaard'(GDS) en de 800 nummering verwijst naar het XML-formaat. De nieuwe bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg, het zogeheten Zorgprestatie model (ZPM), is de eerste zorgsoort die in deze GDS opgenomen is. De GDS is ontwikkeld in opdracht van ZN en met grote zorgvuldigheid, in samenwerking met alle betrokken partijen in het ZPM-programma opgesteld. De GDS is zo ontworpen dat het rekening houdt met het toevoegen van gegevenselementen, zodat in een later stadium ook andere zorgsoorten met deze GDS gedeclareerd kunnen worden. Door de tijdsdruk bij het opstellen van de GDS tijdens het ZPM-traject, is er onvoldoende tijd geweest om de documentatie generiek op te stellen. Bij het toevoegen van nieuwe zorgsoorten aan de GDS worden de documenten op punten herzien, zodat het generieke karakter van de standaard ook in de documentatie tot zijn recht komt.

De roadmap voor de verdere uitbreiding van de GDS met andere zorgsoorten en de communicatie daarom wordt geïnitieerd door ZN.

Doelgroepen

- Zorgaanbieders
- Softwareleveranciers van zorgaanbieders
- Servicebureaus
- VECOZO
- Zorgverzekeraars
- Zorgkantoren
- Orgaan van Tijdelijk Verblijf
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)

Beheer EI-standaard

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

Dit document is tot stand gekomen in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland.

De EI-standaard is opgesteld in afstemming met Zorgverzekeraars Nederland, vertegenwoordigers vanuit de hierboven aangegeven doelgroepen, softwareleveranciers en Vektis.

Voorwoord

Dit document betreft de standaardbeschrijving Externe integratie Generieke Declaratiestandaard, 15-03-2021, GDS801-GDS802 versie 1.0 (uitgave 4). In de standaardbeschrijving wordt ingegaan op het communicatieproces, de algemene procedurele aspecten en de retourinformatie voor het digitaal uitwisselen van gegevens volgens de Generieke Declaratiestandaard.

Het document verschijnt tezamen met de documenten:

- Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801, berichtspecificatie [BER];
- Externe integratie Retourinformatie Generieke Declaratiestandaard GDS802, berichtspecificatie [BER];
- Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801-GDS802, invulinstructie generiek [INV GEN];
- Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801-GDS802, invulinstructie prestatiecodelijst XXX [INV PCLXXX] ;
- Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801, registratie bedrijfs- en controleregels [RBC];
- Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801-GDS802, XML-specificatie [XML]. Deze XML-specificatie bestaat uit: XSD's van het heen- en retourbericht, VALXSLT en XSLT's met controles op het bericht en XML-bestanden met de relevante codelijsten;
- Voor elke prestatiecodelijst die via de Generieke Declaratiestandaard kan worden gedeclareerd:
 - Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801- GDS802, invulinstructie prestatiecodelijst XXX [INV PCLXXX];
 - XML-testbestanden PCLXXX;
 - Logische controle beschrijving prestatiecodelijst XXX [LCB PCLXXX];
- GDS801v1.0_Restitutienota_u1.pdf.

De volgende documenten zijn gerelateerd aan bovengenoemde set van documenten:

- [Architectuur EI-standaarden, versie 2.0, 15-03-2021](#);
- Handleiding XSLT's;
- Leeswijzer LCB-controles.

De beschrijvingen van de LCB-controles van alle zorgsoorten zijn daarnaast beschikbaar op <https://bft.mendixcloud.com/>.

Elektronische EI-berichten kunnen via het VECOZO-declaratieportaal bij de verzekeraar worden aangeboden. Meer informatie over het declareren via het declaratieportaal kunt u vinden op de website van VECOZO: www.vecozo.nl.

De ketenpartners zijn er voor verantwoordelijk dat de data die in eigen systemen zijn opgeslagen voldoen aan de AVG. Voor data die verstuurd wordt naar een andere partij is door de verzendende partij vastgesteld dat die data voldoet aan de AVG.

XML en Generieke declaratiestandaard

De generieke declaratiestandaard GDS801 is een xml standaard.

Bij de keuze voor xml en een generieke declaratiestandaard is het volgende gedefinieerd:

- Een generieke declaratiestandaard is één declaratiestandaard die kan worden gebruikt voor het declaratieverkeer van alleen cliëntgebonden prestaties voor de verschillende zorgsoorten.
- De ZPM-declaratiestandaard voor de GGZ/FZ is de eerste XML-declaratiestandaard en wordt de basis voor de generieke declaratiestandaard.
- Uitgangspunt is dat wat nu wordt bedacht en gerealiseerd, hergebruikt kan worden voor andere zorgsoorten.
- Dat betekent dat het opnemen van een andere zorgsoort in deze generieke declaratiestandaard alleen een uitbreiding betekent van de standaard en geen aanpassing van het bestaande deel.

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

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	9
1.1	EI- Generieke Declaratiestandaard	9
1.1.1	Aanleiding	9
1.1.2	Algemeen doel	9
1.1.3	Positionering	9
1.2	Documenten	10
1.3	Uitgangspunten	10
1.4	Leeswijzer	11
2.	Declaratieproces	12
2.1	Declaratie direct naar verzekeraar	13
2.2	Declaratie via servicebureau	14
3.	Entiteiten	16
3.1	Objecten functioneel bericht	16
3.2	Verzekerde	16
3.2.1	Debiteur	17
3.3	Prestatie	17
3.3.1	Aanvullende prestatiegegevens	17
3.3.2	Commentaar	17
4.	Procedurele afspraken	18
4.1	Algemeen	18
4.2	Operationele afspraken	18
4.2.1	VECOZO-koppeling	18
4.2.2	Aanleverende partijen	18
4.2.3	Naamgeving berichten	18
4.2.4	Aanleiding tot EI-bericht	18
4.3	Berichtgrootte	19
4.4	Volgorde van verwerking van EI-berichten	19
4.5	Actualiteit persoonsgegevens verzekerde	19
4.6	Informatiebeveiliging	19
4.7	Burgerservicenummer	20
4.8	Debet-/creditnota's	20
4.9	Landelijk controleportaal	22
4.10	Overige	23
4.11	Standaard specifieke afspraak	23
4.11.1	ZPM	23
5.	EI-retourinformatie in het kader van declaratieafhandeling	24
5.1	Doel retourinformatie	24
5.2	Controleniveaus	24
5.3	Keten retourinformatie	25
5.4	Vastlegging en samenhang retoursystematiek	28
5.5	Vulling retourcodes in retourinformatie	30
5.5.1	Toevoegen van commentaar	31
5.6	Wijzigen gegevens in EI-retourinformatiebericht	31
5.7	Afhandeling EI-retourinformatiebericht	31

6.	Bijlagen	33
6.1	Samenstelling werkgroep	33
6.2	Afkortingen	34
6.3	Mutatieoverzicht	35

1. Inleiding

1.1 EI- Generieke Declaratiestandaard

1.1.1 Aanleiding

De aanleiding tot het ontwikkelen van een nieuwe standaard voor het declareren van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en forensische zorg (FZ) is de invoering van een nieuwe bekostigingsstructuur en het zorgprestatie model (ZPM) GGZ en FZ per 1-1-2022. Hierbinnen vervalt onder andere het werken met DBC's.

1.1.2 Algemeen doel

De berichtstandaard heeft tot doel het realiseren van een efficiënte en effectieve uitwisseling van gegevens Generieke Declaratiestandaard inclusief retourbericht. De gegevensuitwisseling is tussen de administratie van een zorgaanbieder, eventueel een servicebureau, en een verzekeraar. Door een geautomatiseerde declaratie is een effectievere en efficiënte verwerking van de declaratie en de erop volgende betaling mogelijk.

1.1.3 Positionering

Als startpunt voor de verandering naar een nieuwe standaard is het zorgprestatie model voor GGZ en FZ genomen. Het ZPM vervangt de huidige zorgvormen in de onderstaande zorgtyperingen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw):

- Generalistische basis GGZ (gb-GGZ) met prestaties.
- Specialistische GGZ (g-GGZ) (1 jaar: ambulante, crisis en 1ste klinische jaar) met DBC's.
- Langdurige GGZ (2de en 3de klinische jaar) (l-GGZ) met zzp's.
- Forensische zorg (FZ) DBBC's.

Deze zorgvormen worden volgens de huidige standaarden gedeclareerd:

- Declaratie basis en gespecialiseerde GGZ (GZ321v1.0).
- Retourinformatie declaratie basis en gespecialiseerde GGZ (GZ322v1.0).
- Declaratie forensische GGZ (FZ301v2.0).
- Retourinformatie declaratie forensische GGZ (FZ302v2.0).

Deze standaarden expireren met het ingaan van de nieuwe standaard.

De FZ zzp als zorgvorm is niet meegenomen in het ZPM.

Dit betreft de standaarden:

- Declaratie zzp en extramurale parameters forensische zorg FZ303v1.0).
- Retourinformatie declaratie zzp en extramurale parameters forensische zorg (FZ304v1.0).

1.2 Documenten

Dit STB document is onderdeel van een set documenten die in zijn geheel de standaard Generieke Declaratiestandaard vormt. Onderstaande tabel geeft een overzicht van deze set.

Document	Omschrijving	Doelgroep
Standaardbeschrijving GDS801-GDS802	De standaardbeschrijving bestaat uit een beschrijving van de elektronische communicatie qua proces en gegevens (in hoofdlijnen).	projectmanagers, product-owners, (informatie)analisten
Berichtspecificatie GDS801	Deze berichtspecificatie geeft top-down inzicht in opbouw en invulling van een EI-bericht dat naar de verzekeraar wordt verstuurd.	(informatie)analisten, softwareontwikkelaars
Berichtspecificatie GDS802	Deze berichtspecificatie geeft top-down inzicht in opbouw en invulling van een EI-bericht dat naar de zorgverlener wordt verstuurd als antwoord op een ingestuurde declaratie.	(informatie)analisten, softwareontwikkelaars
Invulinstructie GDS801-GDS802	De invulinstructie geeft een gedetailleerde beschrijving en voorbeelden van veel voorkomende wijzen waarop het EI-bericht moet worden ingevuld.	(informatie)analisten, softwareontwikkelaars
Registratie bedrijfs- en controleregels GDS801	De registratie bedrijfs- en controleregels beschrijft de controles die moeten worden uitgevoerd op de verstuurd EI-berichten.	product-owners, (informatie)analisten, softwareontwikkelaars
XML specificatie GDS801-GDS802	De XML specificatie beschrijft de technische structuur van het EI-bericht.	softwareontwikkelaars

1.3 Uitgangspunten

Bij het samenstellen van dit EI-document zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Bedrijfsregels die in de documentatie bij de EI-standaarden voorkomen, maken integraal deel uit van de EI-standaarden en dienen door alle partijen gevolgd te worden.
- Voor informatiebeveiliging is de code voor informatiebeveiliging vertrekpunt. De NEN 7510 (nl) Medische informatica – informatiebeveiliging in de zorg – Algemeen van april 2004, is toegespitst op de technologie van de zorgverleners. Zie verder ook paragraaf 4.6.
- De gegevensuitwisseling in de keten dient adequaat beveiligd te zijn en de onweerlegbaarheid van berichten in de keten moet gegarandeerd worden.
- Verzenders moeten ervan uit kunnen gaan dat berichten die worden verzonden, worden afgeleverd bij de ontvanger of dat ze een terugkoppeling krijgen als dat niet lukt.

- De lezer heeft kennis van ICT qua aanpak, ontwikkeling, implementatie en gebruik van digitale uitwisseling van gegevens.
- De standaard beschrijft de elektronische communicatie in proces en gegevens. Het beschrijft niet de eventueel noodzakelijke organisatorische veranderingen, zoals opleiding, werkprocessen, relatie tot formulieren, interne procedures et cetera.
- Het formaat van de EI-standaard is XML. De XML Schema Definitions (XSD) worden op de Vektis-website beschikbaar gesteld.
- De gepubliceerde XSD's voldoen aan de XML Schema Definition Architectuurprincipes van Vektis.

1.4 Leeswijzer

De EI-berichten die op basis van deze EI-standaard zullen worden uitgewisseld hebben een rol in het declaratieproces.

- Hoofdstuk 2 gaat in op het declaratieproces door middel van tekst en schema. De rollen van de partijen binnen het declaratieproces worden inzichtelijk gemaakt.
- Hoofdstuk 3 beschrijft de gegevens van het EI-bericht in hoofdlijnen en het objectenmodel op basis van de gegevens, die in het kader van de Generieke Declaratiestandaard van belang zijn.
- Hoofdstuk 4 beschrijft de procedurele en operationele afspraken die zijn gemaakt met betrekking tot deze standaard.
- Hoofdstuk 5 beschrijft de EI-retourinformatie in het kader van de declaratieafhandeling.
- In hoofdstuk 6, de bijlagen, is een overzicht opgenomen van deelnemers aan de werkgroep voor het ontwikkelen van de EI-standaard.
- Het overzicht "Afkortingen" in hoofdstuk 6 toont de belangrijkste afkortingen die in dit document voorkomen, met hun betekenis. In het mutatieoverzicht staan de belangrijkste wijzigingen in de uitgaven van deze versie van de EI-standaard beschreven.

Dit document bevat generieke en zorgsoort specifieke tekstdelen, die *cursief* zijn weergegeven.

2. Declaratieproces

Het declaratieproces is globaal onder te verdelen in vier fasen:

- Overeenkomsten/afspraken tussen zorgaanbieder en verzekeraar en tussen verzekerde en verzekeraar;
- Controle op verzekeringsrecht en eventuele machtigingsprocedure;
- Leveren van zorg;
- Financiële afhandeling.

De standaard waar dit document tot behoord heeft alleen betrekking op de financiële afhandeling van de declaratie.

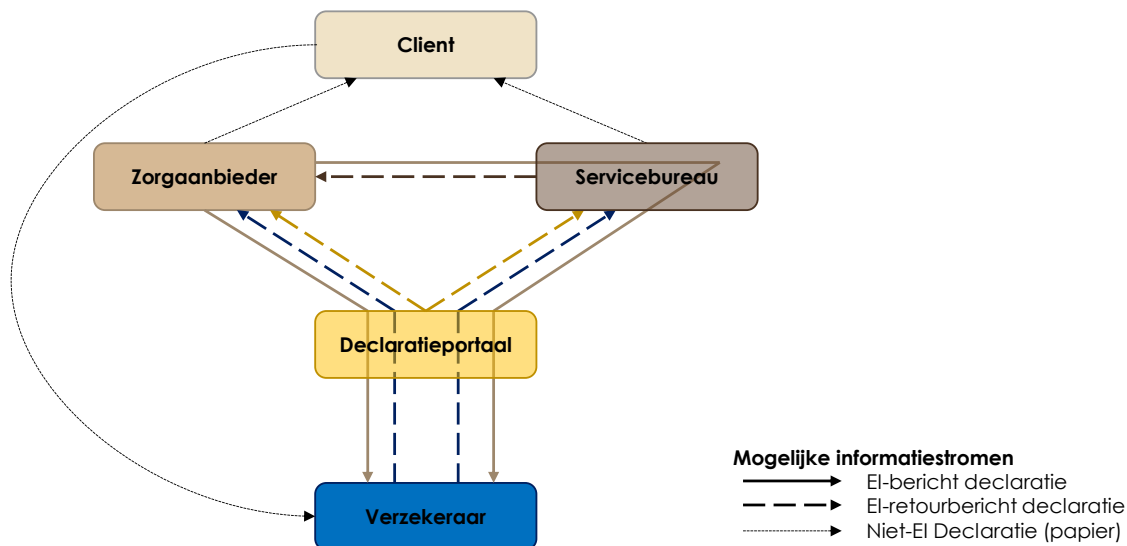
Hieronder volgt een beschrijving van het declaratieproces op hoofdlijnen, zoals dat tussen de belangrijkste betrokken partijen plaatsvindt. De belangrijkste onderdelen van het proces en de daarbij aanwezige informatiestromen zijn beknopt geschetst. Hiermee is de samenhang tussen de diverse onderdelen vanuit registratief oogpunt inzichtelijk gemaakt. Uitzonderingen in dit proces zijn mogelijk. Deze uitzonderingen zijn niet beschreven in dit document.

De partijen die deelnemen aan het proces zijn:

- Zorgaanbieder (zorgverlener);
- Verzekeraar;
- Eventueel een servicebureau; hieronder wordt verstaan een factoringmaatschappij of clearinghouse;
- Verzekerde (cliënt of klant);
- Declaratieportaal (wordt niet nader beschreven in dit document);
- Bank/giro (wordt niet nader beschreven in dit document).

Figuur 2-1 toont de belangrijkste informatiestromen tussen deze partijen.

Figuur 2-1 Informatiestromen declareren



2.1 Declaratie direct naar verzekeraar

Wanneer een zorgaanbieder zelf de declaraties afhandelt, beoordeelt de zorgaanbieder voor elke declaratie of deze (deels) door de cliënt dient te worden betaald of dat deze (deels) door de verzekeraar moet worden betaald. Alle declaraties die door een verzekeraar moeten worden betaald, neemt de zorgaanbieder op in een bericht per verzekeraar. Wanneer een zorgaanbieder bij verschillende verzekeraars moet declareren, stelt de zorgaanbieder dus meerdere berichten op.

De zorgaanbieder biedt elk bericht aan bij het declaratieportaal van VECOZO. Het declaratieportaal voert enkele controles uit op het bericht. Afhankelijk van het resultaat van deze controles stuurt het declaratieportaal het bericht door naar de verzekeraar of retour naar de zorgaanbieder. Zie [hoofdstuk 5](#) voor meer informatie over de controles en retourberichten.

De verzekeraar controleert de declaraties, verwerkt de goedgekeurde declaraties en stelt een retourbericht op met informatie over afgekeurde declaraties en declaraties waarvoor andere bedragen zijn toegekend dan de zorgaanbieder had ingediend. De controle van een verzekeraar is tweeledig:

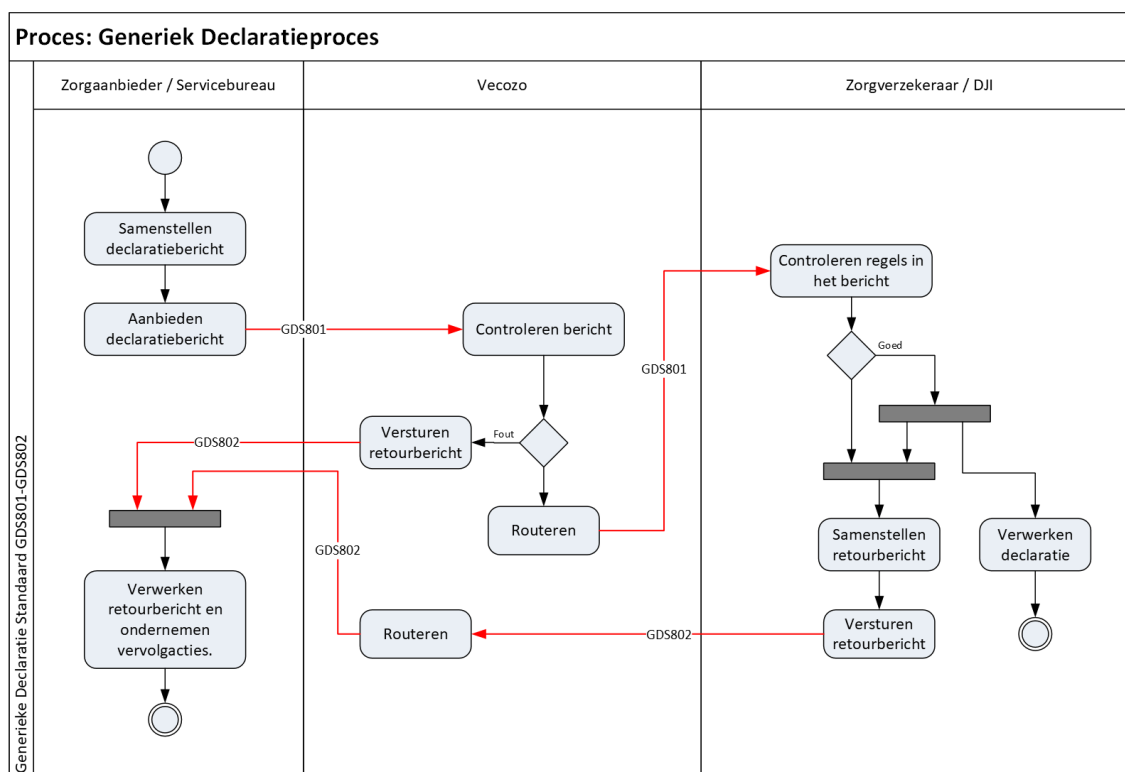
- De eerste controle is of het bericht voldoet aan de opgegeven eisen. Deze situatie kan bij de verzekeraar eigenlijk niet meer voorkomen, omdat VECOZO dit controleert.
- De tweede controle is of in een goedgekeurd bericht berichtregels zitten die inhoudelijk tot een afwijzing resulteren. In deze situatie wordt er een retourcode via een retourbericht teruggekoppeld.

De verzekeraar stuurt dit bericht naar het declaratieportaal van VECOZO, dat het bericht naar de juiste zorgaanbieder routeert. VECOZO controleert het retourbericht tegen de XSD, en stuurt een foutbericht terug naar de verzekeraar als het niet voldoet aan de controle (niet in figuur 2.2, zie hoofdstuk 5).

Op basis van de informatie uit dit bericht kan de zorgaanbieder zijn declaraties aanpassen en opnieuw versturen, of in rekening brengen bij zijn cliënten.

Figuur 2-2 toont een overzicht van dit proces. In dit overzicht is ook het digitaal berichtenmodel opgenomen dat volgt uit de verschillende informatiestromen.

Figuur 2-2 EI-declaratiestromen



2.2 Declaratie via servicebureau

Een zorgaanbieder kan ervoor kiezen om het afhandelen van declaraties aan een servicebureau over te laten. In dit geval stelt de zorgaanbieder een declaratiebericht op en stuurt deze naar het servicebureau. Het bericht wordt direct aangeboden aan een interface die het servicebureau aanbiedt en loopt niet via het declaratieportaal van VECOZO. Afhankelijk van de afspraken met het servicebureau, stuurt de zorgaanbieder één bericht met daarin alle declaraties of verschillende berichten per verzekeraar.

Het servicebureau kan enkele controles uitvoeren en beoordeelt voor elke declaratie of deze (deels) door de cliënt dient te worden betaald of dat deze (deels) moet worden doorgestuurd naar de

verzekeraar. Alle declaraties die naar één verzekeraar moeten worden gestuurd voegt het servicebureau samen in één bericht per zorgaanbieder per verzekeraar. Het servicebureau stuurt dit bericht via het declaratieportaal van VECOZO naar de verzekeraar. De informatiestromen hierbij zijn gelijk aan de informatiestromen van declaraties direct naar de verzekeraar, waarbij het servicebureau als zorgaanbieder optreedt.

Voor alle declaraties die de cliënt moet betalen, handelt het servicebureau de betaling af met de cliënt of diens debiteur. De wijze waarop dit gebeurt (papieren factuur, digitale factuur, automatische incasso) hangt af van de betaalinformatie die de zorgaanbieder meestuurt in het bericht. De zorgaanbieder dient deze informatie in elk bericht mee te sturen, ook als deze niet is gewijzigd ten opzichte van het vorige bericht. Hierdoor is het niet nodig voor het servicebureau om een schaduwadministratie van de betaalgegevens bij te houden.

NB. Figuur 2-2 toont de EI-declaratiestromen tussen een servicebureau en een verzekeraar. De EI-declaratiestroom tussen een zorgaanbieder en een servicebureau en de declaratiestroom tussen een servicebureau en een verzekerde zijn daarin niet weergegeven.

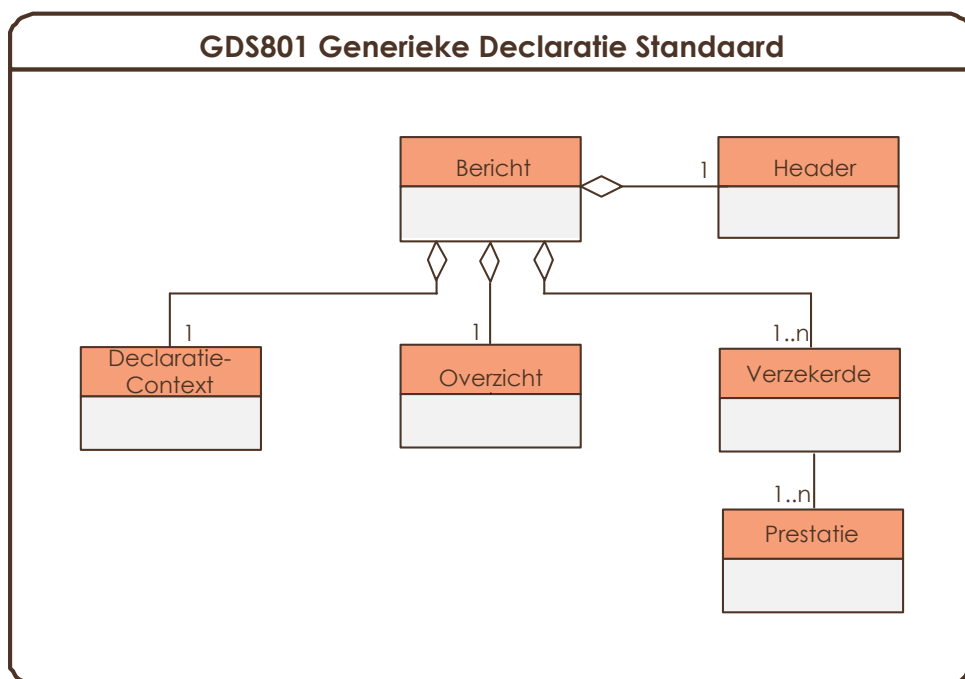
3. Entiteiten

Dit hoofdstuk beschrijft in hoofdlijnen de entiteiten (objecten) die onderdeel zijn van het functionele EI-bericht en hun onderlinge relaties. Een functioneel bericht beschrijft de logische gegevensbehoefte ten aanzien van de informatie-uitwisseling tussen de partijen in het aangegeven proces bij het aangegeven doel. Dit bericht is de basis voor bijvoorbeeld een flatfile- of XML-bericht. Een gedetailleerde uitwerking van dit bericht is te vinden in de berichtspecificatie. De technische specificatie van het bericht is opgenomen in de XSD.

3.1 Objecten functioneel bericht

De hoofdstructuur van het GDS801 declaratiebericht is weergegeven in figuur 3-1. Het GDS801 Generieke Declaratiestandaard bericht bestaat altijd uit één Header, één DeclaratieContext, één Overzicht en één of meer keer Verzekerde. De Verzekerde bevat altijd één of meer keer Prestatie.

Figuur 3-1 Objectmodel Generieke Declaratiestandaard



3.2 Verzekerde

Van een verzekerde worden in de declaratie alleen de gegevens opgenomen die nodig zijn voor de verzekeraar om de verzekerde te identificeren en/of die het servicebureau nodig heeft om een factuur naar de verzekerde te sturen.

3.2.1 Debiteur

In sommige gevallen wordt de verzekerde niet zelf gefactureerd, maar is er een andere debiteur. Bij elke verzekerde waarbij geen debiteur is opgegeven, heeft het servicebureau alleen de mogelijkheid om een papieren factuur naar de verzekerde te sturen.

Het is mogelijk dat dezelfde persoon of organisatie debiteur is voor meerdere verzekerden in dezelfde declaratie. In dat geval wordt deze debiteur meerdere keren in de declaratie opgenomen.

3.3 Prestatie

De prestatie beschrijft de zorg die de zorgverlener heeft geleverd aan de verzekerde. Declarabele prestatie zijn te vinden in de prestatiecodelijsten op de website van Vektis.

3.3.1 Aanvullende prestatiegegevens

Een prestatie kan aanvullende prestatiegegevens bevatten.

3.3.2 Commentaar

Het commentaar heeft tot doel uitgebreidere tekst als toelichting bij een gegeven in een prestatie op te nemen. Omdat sprake is van een geautomatiseerd verwerken van de EI-berichten dient het gebruik tot een minimum beperkt te blijven.

Voor ZPM geldt voorsnog dat het gebruik van commentaar niet van toepassing is.

4. Procedurele afspraken

4.1 Algemeen

De procedures worden conform landelijke afspraken uniform uitgevoerd en hebben betrekking op het EI Generieke Declaratiestandaard bericht. Daarnaast is er beperkt ruimte voor bilaterale afspraken binnen de EI qua gegevens en codes.

Belangrijke punten zijn:

- Het EI Generieke Declaratiestandaard bericht is te gebruiken door zorgaanbieders, verzekeraars, DJI en servicebureaus.
- De zender is verantwoordelijk voor alle gegevens die met behulp van het declaratiebericht verzonden worden naar de ontvanger.
- In het geval dat alle gegevens betreffende een verzekerde goedgekeurd worden door de verzekeraar, worden de gegevens van die verzekerde in behandeling genomen door de verzekeraar.
- In het geval één of meer gegevens van een verzekerde afgekeurd worden door de verzekeraar, worden geen van de gegevens van die verzekerde in behandeling genomen door de verzekeraar.

4.2 Operationele afspraken

4.2.1 VECOZO-koppeling

De uitwisseling van Declaratie GGZ en FZ volgens ZPM berichten GDS801 en GDS802 vindt uitsluitend plaats via de VSP-koppeling met een webservice via de berichtenservice van VECOZO of de VECOZO-website. De aansluitdocumenten en de wsdl's zijn te vinden op het kennisportaal van VECOZO, zie ook www.vecozo.nl.

4.2.2 Aanleverende partijen

De declaratiegegevens worden door zorgaanbieder of servicebureau aangeleverd aan VECOZO.

4.2.3 Naamgeving berichten

De zorgaanbieder of servicebureau is vrij in het vullen van een berichtnaam.

Vektis doet geen voorstel voor een vaste berichtnaam, omdat gebruik wordt gemaakt van webservice. Wel behoort elke berichtnaam voor een zorgaanbieder of servicebureau uniek te zijn.

4.2.4 Aanleiding tot EI-bericht

Onderstaand de uitgangspunten die gehanteerd worden bij de aanlevering van een EI-declaratiebericht.

Aanleiding tot het versturen van een EI-bericht is:

- Vastgestelde zorg bij een verzekerde;
- Retour gezonden te corrigeren gegevens betreffende een verzekerde.
- Eerder debet ingediende te crediteren gegevens betreffende een verzekerde.

4.3 Berichtgrootte

Informatie over de maximale berichtgrootte van een (gecomprimeerd) declaratiebericht is op de website van VECOZO te vinden, zie www.vecozo.nl.

Een bericht mag nooit de maximale berichtgrootte overschrijden. In de situatie van het overschrijden van de maximale berichtgrootte (bij een declaratieperiode/declaratiefrequentie), dient een bericht te worden opgedeeld op verzekerdeniveau in twee of meer berichten. De opgedeelde berichten zijn volwaardige berichten met een Header, DeclaratieContext, Overzicht, Verzekerde en overige klassen. De berichten worden als afzonderlijke berichten behandeld.

4.4 Volgorde van verwerking van EI-berichten

De volgorde waarin EI-berichten door de zorgaanbieder bij VECOZO zijn aangeboden, is leidend voor de volgorde waarin de verzekeraar de EI-berichten verwerkt. De verzekeraar zal altijd de EI-berichten oplopend in tijd van aanbieden verwerken. In de VSP-koppeling levert VECOZO een ontvangstdatum en -tijd waaruit de verzekeraar de volgorde waarin de EI-berichten zijn aangeboden kan afleiden.

4.5 Actualiteit persoonsgegevens verzekerde

Uitgangspunt voor de EI-declaratieberichten is dat de administraties met betrekking tot de persoonsgegevens aan de kant van de zender en ontvanger autonoom worden gevoerd. Dit leidt tot de volgende uitwerking van persoonsgegevens in de EI-standaard:

- Verzekeraar is ontvanger: Identificerende en enige verificatiegegevens van een verzekerde persoon. Aan de hand van dit soort gegevens kan de ontvanger van het EI-bericht de persoon verifiëren en (terug)vinden in de administratie.
- Servicebureau is ontvanger: Identificerende en alle nodige beschrijvende gegevens van een verzekerde en eventueel debiteur zijn opgenomen. Aan de hand van deze gegevens kan een servicebureau de administratieve handelingen doorvoeren.

4.6 Informatiebeveiliging

De International Organization for Standardization (ISO) heeft in 2000 de NEN-ISO/IEC 17799 uitgebracht op basis van de Code voor informatiebeveiliging uit 1994. Concepten van de inmiddels te vernieuwen NEN-ISO/IEC 17799 en de Code for Informatiebeveiliging zijn gebruikt als basis voor de NEN 7510 (nl).

De verzekeraars hanteren de Code voor informatiebeveiliging als vertrekpunt. De NEN 7510 (nl) Medische informatica – informatiebeveiliging in de zorg – Algemeen van april 2004 is toegespitst op de technologie van de zorgverleners.

De voorschriften voor informatiebeveiliging worden regelmatig vernieuwd, raadpleeg voor actuele voorschriften: www.nen.nl, www.nen7510.org.

De meeste EI-berichten hebben betrekking op financieel/administratieve gegevens. Dit document beschrijft een EI-standaard, waarin met name de inhoudelijke aspecten van het elektronisch uitwisselen van berichten worden beschreven. Gezien de aard (gevoeligheid) van de te verzenden gegevens is het van belang dat aandacht wordt geschonken aan informatiebeveiliging. Uitgegaan wordt van het verzenden van de EI-berichten via een portaal.

Bij de opzet van de EI-standaard is rekening gehouden met de informatie die uitgewisseld mag worden. Dit heeft geresulteerd in de keuze van de in de EI-standaard beschreven gegevens.

Voor het vertrouwelijk en veilig verzenden van EI-berichten is het van belang dat de informatie aan komt bij de bedoelde persoon of organisatie, onderweg niet is veranderd of verminkt, en dat de zendende en ontvangende techniek gelijk zijn. Dit dient volgens de Code voor informatiebeveiliging op een passende wijze te worden geregeld. Hierbij spelen onderwerpen, zoals identificatie, authenticatie, versleuteling, PKI, logging, autorisatie et cetera.

De EI-standaard gaat niet verder op deze onderwerpen in. Betrokken organisaties dienen dit op een passende wijze te regelen.

4.7 Burgerservicenummer

Binnen de EI-standaarden wordt waar mogelijk het BSN als identificatie van de verzekerde gehanteerd. Wanneer het BSN niet als identificatie kan worden gebruikt, geldt de combinatie van het UZOVI en het verzekerdennummer als identificerend gegeven.

In de berichten naar DJI wordt geen gebruik gemaakt van het BSN, maar volstaat het SKN.

Redenen om het BSN niet te gebruiken als identificatie van de verzekerde zijn:

- De zender en/of ontvanger mag niet over het BSN van de verzekerde beschikken (of mag hier niet in communiceren);
- De verzekerde behoort tot het (kleine) deel van de populatie dat blijvend geen BSN heeft, maar toch verzekerd is.

In de berichtspecificatie en invulinstructie is aangegeven hoe moet worden omgegaan met de situatie waarin het BSN niet als identificerend gegeven gebruikt kan worden.

NB: In bijzondere omstandigheden kan van bovenstaande uitgangspunten afgeweken worden.

4.8 Debet-/creditnota's

Een subklasse DebetPrestatie en een subklasse CreditPrestatie geeft aan of de aantallen en bedragen debet of credit zijn. In feite wordt hiermee aangegeven of de declarerende partij een vordering (debet) of een terugvordering (credit) doet bij de ontvanger van de nota.

Met betrekking tot het gegeven debet/credit gelden de volgende aanvullende bepalingen hoe met een debet- of creditnota bij een verzekerde omgegaan dient te worden.

Uitgangspunt is het versturen van een declaratiebericht waarin een of meer subklassen debet- en/of credit prestatie(s) bij een verzekerde is/zijn opgenomen. Idealiter worden credit prestaties altijd tezamen met debet prestaties in een bericht opgenomen, waarbij totaal declaratiebedrag een debet of credit bedrag is.

Voor het aanleveren van een credit prestatie vanuit de zorgaanbieder op een eerder aangeleverde debet prestatie bij een verzekerde geldt:

Per debet prestatie:

- Een credit prestatie wordt alleen aangeleverd bij het corrigeren van een onjuist eerder via een ander bericht aangeleverde debet prestatie, als die debet prestatie niet is afgewezen. Op een afgewezen debet prestatie is geen creditering mogelijk.
- Een credit prestatie is een unieke aanduiding op basis van identificerende gegevens van de oorspronkelijke debet prestatie. Het gaat om de gegevens: Prestatie/Referentienummer, Prestatiekoppelnummer, Prestatie/GerelateerdReferentienummer, ToegekendBedrag-InclBtwFinancieel, ToegekendBedrag-InclBtwNietFinancieel, PrestatieCodelijstCode, Prestatiecode, Begindatum, Begintijd en Volgnummer (de bedragen zijn gelijk aan het toegekende bedrag van de debet prestatie). Het gegeven Prestatie/GerelateerdReferentienummer in de credit prestatie is identiek aan het Prestatie/Referentienummer in de eerdere debet prestatie. Een referentienummer mag hergebruikt wordt in geval van een afwijzing door VECOZO en niet in geval van een afwijzing door een verzekeraar.
- Een gedeeltelijke creditering van een toegekend bedrag van de debet prestatie in een credit prestatie is dus niet mogelijk.
- Op een credit prestatie volgt (zo nodig) een aangepaste debet prestatie.
- Een aanpassing in de debet prestatie kan overal betrekking op hebben.
- In een 2e debet prestatie, die eventueel volgt op een credit prestatie, is de prestatie- of behandeldatum c.q. periode identiek aan die in de 1^e (oorspronkelijke) debet prestatie.

Derhalve geldt:

- Bijvoorbeeld bij hulpmiddelen, als een deel van de verpakking terug wordt gebracht op een andere datum dan de levering, dient de oorspronkelijke prestatiedatum aangehouden te worden (en niet de terugbrengdatum).

Een uitzondering is:

- In geval de oorspronkelijke prestatie- of behandeldatum c.q. periode niet correct blijkt te zijn (dit geldt ook voor DBC's), dan wordt de werkelijke prestatie- of behandeldatum c.q. periode aangehouden.
- Creditposten worden samen met nieuwe (zo mogelijk gerelateerde) debetposten aangeleverd, waarbij het totaal te declareren bedrag positief moet zijn. Alleen als dit niet mogelijk is kan hiervan afgeweken worden.

Per bericht:

- Een 1^e debet prestatie en een identieke credit prestatie bij een verzekerde mogen niet in één bericht (declaratie) worden aangeleverd. Als de 1^e debet- en credit prestatie op één moment bekend zijn, dan horen die tegen elkaar weg te vallen en niet opgenomen te worden in het bericht.
- Een credit prestatie wordt aangeleverd, zo nodig gevolgd door een 2^e debet prestatie, desgewenst in hetzelfde bericht. Wanneer een credit en debet niet samen in een bericht worden opgenomen, kan het zijn dat er een negatief betaalsaldo ontstaat en een zorgaanbieder de verzekeraar moet betalen i.p.v. andersom. Het is daarom gewenst dat ze samen worden opgenomen, dit is echter niet verplicht.
- In één bericht kunnen tegelijk debet- en creditprestaties bij een verzekerde worden aangeleverd. Deze zijn van verschillende prestaties of van dezelfde prestatie mits sprake is van een 2^e debet prestatie behorend bij een credit prestatie en niet andersom (zie boven).
- Binnen het bericht worden per verzekerde eerst de credit prestaties en dan de debet prestaties opgenomen. Zowel binnen de credit prestaties als de debet prestaties wordt chronologisch gesorteerd.
- Het totaal declaratiebedrag van de debet- en credit prestaties in een bericht wordt aangegeven in het gegeven totaal declaratiebedrag, tezamen met het gegeven indicatie debet/credit in de klasse Overzicht.
- Bestanden niet op jaartal splitsen. Creditregels van jaar t kunnen opgenomen worden in een bestand over jaar t+1. Alleen als dit niet mogelijk is kan hiervan afgeweken worden.

4.9 Landelijk controleportaal

Binnen het EI-declaratieverkeer is behoefte aan uniformiteit in de interpretatie en uitvoering van controles op declaraties. Dit voorkomt dat:

- Zorgaanbieders te maken krijgen met verschillende wijzen van declaratieverwerking door de verzekeraars, wat onduidelijkheid kan veroorzaken.
- Verzekeraars te maken hebben met hoge implementatie- en beheerkosten.

Hiervoor wordt het landelijk controleportaal (bij VECOZO) ingezet en die heeft als doel:

- De (technische en inhoudelijke) kwaliteit van de keten verbeteren wegens eenduidige uitvoering van de controles.
- Administratieve lasten in de keten verlagen, door:
 - In een vroeg stadium van de keten constateren van ongeldige/onjuiste berichten, zodat daarop zo snel mogelijk geacteerd kan worden.
 - Met het centraal beleggen van de controles de implementatie- en beheerkosten te minimaliseren.

Het landelijk controleportaal biedt op termijn (in een latere release) tevens de mogelijkheid een declaratiebericht te valideren om zo snel duidelijkheid te geven over de kwaliteit van de declaratie (via web interface, -services).

Vektis zorgt voor een eenduidige vastlegging van de bedrijfs-, logische en technische controleregels en bijbehorende retourcodes. Zie hiervoor het document Registratie bedrijfs- en controleregels, GDS801v1.0_RBCun.xls. Dit document is onderdeel van de (generieke) EI-declaratie standaard(en).

Raadpleeg voor het landelijk controleportaal: www.vecozo.nl.

4.10 Overige

Onder meer de volgende onderwerpen dienen/kunnen gebaseerd (te) zijn op wettelijke regelingen en landelijke en bilaterale overeenkomsten:

- Bewaar- en vernietigingsplicht en inzagerecht van broninformatie en aanlevering.
- Procedures en afspraken over de techniek (netwerkdienst, netwerkprotocol et cetera) die niet in dit document zijn beschreven.
- Afspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder, te maken voorafgaand aan het invoeren van de EI-berichten, over hoe met de onderhanden verzekerdengegevens dient te worden omgegaan.

4.11 Standaard specifieke afspraak

4.11.1 ZPM

Voor het declareren van GGZ en FZ volgens ZPM gelden vooralsnog geen specifieke afspraken.

5. El-retourinformatie in het kader van declaratieafhandeling

5.1 Doel retourinformatie

Het doel van een El-retourinformatiebericht is:

- Zender van een Generieke Declaratiestandaard bericht GDS801 informeren over de beoordeling (technisch/inhoudelijk) van het bericht door de ontvanger.

Bij een technische afkeur van een Declaratiebericht volgt een foutbericht (en geen El-retourinformatiebericht).

Bij een inhoudelijke afkeur van een Declaratiebericht volgt een El-retourinformatiebericht.

Per Declaratiebericht GDS801 volgt geen of slechts één El-retourinformatiebericht GDS802 (een-op-een).

De ontvanger van een foutbericht of een El-retourinformatiebericht ontvangt en verwerkt de gegevens in het bericht in zijn/haar administratie.

- Bij een afkeuring door VECOZO wordt na een correctie een nieuw Declaratiebericht ingediend.

5.2 Controleniveaus

Voorafgaand aan de verzending en bij ontvangst wordt een Declaratiebericht gecontroleerd. Dit betreft de verzendende partijen zorgaanbieder of servicebureau en de ontvangende partijen verzekeraar of servicebureau.

Er zijn verschillende niveaus waarop controles plaatsvinden. Bij afkeur kan een bericht niet naar het volgende niveau.

Zie onderstaande tabel voor de verschillende controleniveaus:

Niveau	Omschrijving	Vastlegging	Afhandeling
1 Onleesbaar	Het bericht is onleesbaar en kan niet verwerkt worden	n.v.t.	Melding naar verzender.
2 Structuur en elementen	Het bericht voldoet niet aan de voorgeschreven structuur en onderliggende elementen zoals elementtype, reguliere expressie en uniciteit.	XSD	Foutbericht naar verzender.
3 Verbandcontroles	Controle tussen elementen onder te verdelen in afhankelijkheid, uniciteit en afleiding.	RBC	Retourcodes in fout- of retourbericht.
4 Referentiële controles	Controles op bestaanbaarheid codes in externe bronnen.	RBC	Retourcodes in fout- of retourbericht.
5 LCB controles	Formele controles	BFT	Retourcodes in retourbericht.

BFT: tool voor het ontwikkelen en beheren van LCB-controles.

In de uitgangspunten is aangegeven dat het formaat van Declaratiebericht XML is. Dit brengt de volgende voordelen in het retourmechanisme:

- Zowel de verzendende als de ontvangende partij valideert een Declaratiebericht tegen de XSD voor structuur en elementen.
- Extensible Stylesheet Language Transformations (XSLT)¹ kan door verzendende en ontvangende partij worden ingezet als hulpmiddel om de verbandcontroles uit te voeren.
- Referentiële en LCB-controles zullen door een verzekeraar worden uitgevoerd.

5.3 Keten retourinformatie

De retoursystematiek Declaratie Zorgberichten wordt conform afspraak uniform uitgevoerd en heeft betrekking op het EI Generieke Declaratiestandaard bericht.

Uitgangspunt hierbij is dat de verzender verantwoordelijk is voor de gegevens die verzonden worden naar de ontvanger.

Binnen het EI-verkeer is de uitvoering van controles op het bericht geregeld via VECOZO, waar alle Declaratie- en retourinformatie berichten worden gerouteerd van verzender naar ontvanger.

VECOZO controleert de berichten GDS01 en GDS802 conform afspraken:

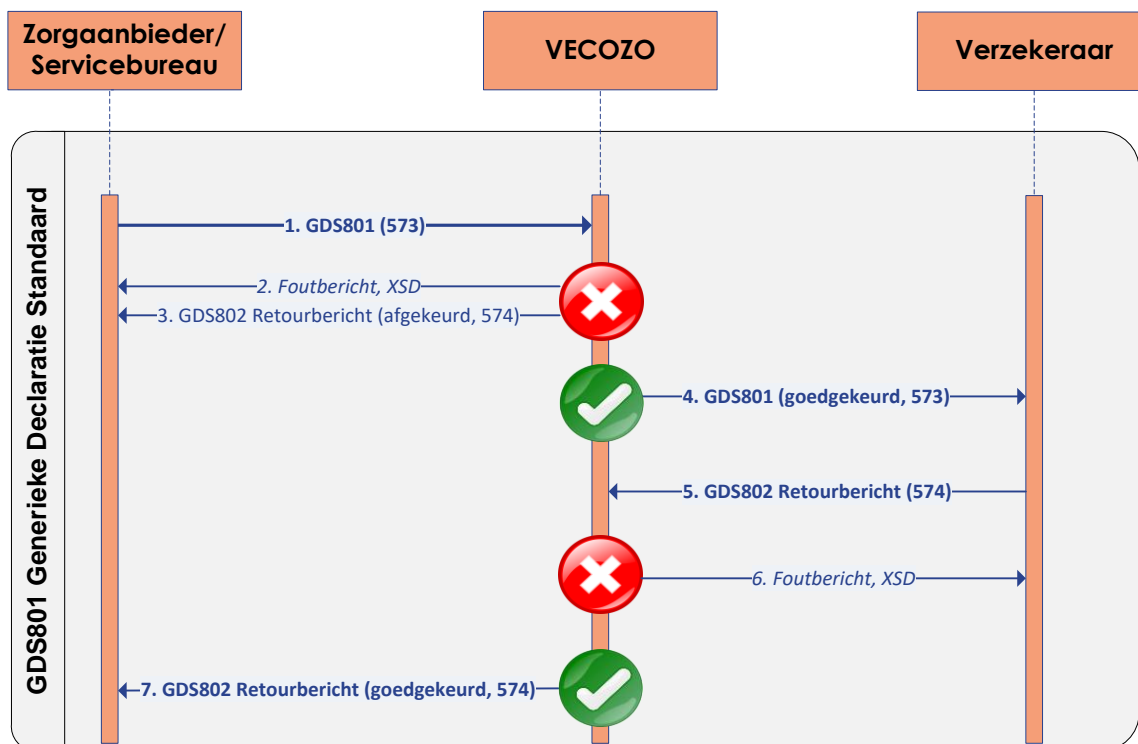
- In het geval een of meer gegevens van een Declaratiebericht GDS801 afgekeurd worden, wordt het Declaratiebericht niet doorgestuurd naar de verzekeraar en wordt een foutbericht of een retourbericht GDS802 naar zorgaanbieder of servicebureau gezonden. In het geval van dit retourbericht en alleen in deze situatie wordt VECOZO als een verzender in het bericht opgenomen. In het retourbericht van een verzekeraar is deze de verzender.
- In het geval alle gegevens in een Declaratiebericht GDS801 worden goedgekeurd wordt het gehele bericht doorgestuurd naar de verzekeraar.

Zie verder de tabel in deze paragraaf en par. 5.5.

Onderstaande illustratie geeft vereenvoudigd de keten van de uitwisseling Generieke Declaratiestandaard berichten weer:

¹ XSLT is een standaard voor het omzetten van de informatie in een XML-document naar een ander formaat, of een anders gestructureerd XML-document. XSLTs zijn ondersteunend voor partijen en maken makkelijke en eenduidige implementatie van regels mogelijk. Wanneer een EI- bericht verbandcontroles kent wordt, indien haalbaar, een XSLT ontwikkeld. Deze XSLT is in de gehele keten te gebruiken en transformeert het heen bericht naar een kopie van het heen bericht met de geconstateerde retourcodes. Het getransformeerd bericht kan gebruikt worden voor meerdere services in de keten, waaronder het samenstellen van het retourbericht.

Figuur 5-1 Keten uitwisseling berichten Generieke Declaraties Standaard



Nr	Van → naar	Omschrijving stroom	Bijzonderheden
1	Zorgaanbieder/ Servicebureau → VEKOZO	bericht GDS801	
2	VEKOZO → Zorgaanbieder/ Servicebureau	Foutbericht	<ul style="list-style-type: none"> In het geval het bericht niet voldoet aan een controle op niveau 2 (XSD) wordt een foutbericht (melding van technisch afkeur) retour gestuurd aan zorgaanbieder of servicebureau. Als stroom 2 wordt verstuurd, zijn stromen 3 t/m 7 niet van toepassing.
3	VEKOZO → Zorgaanbieder/ Servicebureau	Afgekeurd retourbericht GDS802	<ul style="list-style-type: none"> In het geval het bericht niet voldoet aan een controle op niveau 3 of 4 (XSLT's) bij VEKOZO wordt een retourbericht gestuurd aan zorgaanbieder of servicebureau. De hoofdregels zijn: <ul style="list-style-type: none"> De Header, Declaratiecontext en Overzicht worden altijd gecontroleerd en opgenomen in een retourbericht, al dan niet met retourcodes.

Nr	Van → naar	Omschrijving stroom	Bijzonderheden
			<ul style="list-style-type: none"> ○ In geval van afkeur in Header, Declaratiecontext of Overzicht door VECOZO, dan wordt de klasse Verzekerde met zijn onderliggende (sub)klassen niet gecontroleerd en worden niet mee retour gestuurd. ○ In geval van geen afkeur in Header, Declaratiecontext of Overzicht door VECOZO, dan worden in deze klassen geen retourcodes opgenomen. De klasse Verzekerde met zijn onderliggende (sub)klassen worden wel verder gecontroleerd. Alleen geconstateerde fouten in de klasse Verzekerde met zijn onderliggende (sub)klassen worden retour gestuurd. ○ In het geval van een afkeur waar dan ook in het bericht, dan wordt een retourcode met de betrokken elementen opgegeven, voorzien van de sleutelwaarden van de desbetreffende (sub)klasse. • Als stroom 3 wordt verstuurd, zijn stromen 2 en 4 t/m 7 niet van toepassing.
4	VECOZO → Verzekeraar	Goedgekeurd bericht GDS801	<ul style="list-style-type: none"> • Is qua berichtstructuur gelijk aan stroom 1. <p>Let op: VECOZO stuurt in het geval van een goedgekeurd bericht bij nr. 3 geen retourbericht GDS802 naar zorgaanbieder of servicebureau.</p>
5	Verzekeraar → VECOZO	Retourbericht GDS802	<ul style="list-style-type: none"> • In het geval het bericht niet voldoet aan een controle op niveau 3, 4 of 5 bij verzekeraar wordt een retourbericht gestuurd via VECOZO aan zorgaanbieder of servicebureau. • De hoofdregels zijn: <ul style="list-style-type: none"> ○ De Header, Declaratiecontext en Overzicht worden altijd gecontroleerd en opgenomen in een retourbericht, al dan niet met retourcodes. ○ In geval van afkeur in Header, Declaratiecontext of Overzicht door de verzekeraar, dan wordt de klasse Verzekerde met zijn onderliggende (sub)klassen niet gecontroleerd en worden niet mee retour gestuurd. ○ In geval van geen afkeur in Header, DeclaratieContext of Overzicht door de

Nr	Van → naar	Omschrijving stroom	Bijzonderheden
			<p>verzekeraar, dan worden in deze klassen geen retourcodes opgenomen.</p> <p>Het bericht wordt verder gecontroleerd, te beginnen bij de klasse Verzekerde, waarbij het volgende geldt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Onderliggende (sub)klassen van een afgekeurde (sub)klasse worden niet meer gecontroleerd en niet mee retour gestuurd. ▪ Nevengeschikte (sub)klassen worden wel gecontroleerd. ▪ Bij géén fout in een (sub)klasse worden ondergeschikte (sub)klassen gecontroleerd. <ul style="list-style-type: none"> ○ In het geval van een afkeur waar dan ook in het bericht, dan wordt een retourcode met de betrokken elementen opgegeven, voorzien van de sleutelwaarden van de desbetreffende (sub)klasse. <ul style="list-style-type: none"> • In het geval van een volledig goedgekeurd bericht wordt alleen de GDS802-Header/Declaratiecontext/Overzicht in de retourinformatie opgenomen, zonder retourcode.
6	VECOZO → Verzekeraar	Foutbericht	<ul style="list-style-type: none"> • In het geval het retourbericht niet voldoet aan een controle op niveau 2 (XSD), niveau 3 (XSLT) of niveau 4 (XSLT) wordt een foutbericht (melding van technisch/inhoudelijk afkeur) retour gestuurd. • Als stroom 6 wordt verstuurd, is stroom 7 niet van toepassing.
7	VECOZO → Zorgaanbieder/ Servicebureau	Goedgekeurd retourbericht GDS802	<ul style="list-style-type: none"> • Is qua berichtstructuur gelijk aan stroom 5. <p>Let op: VECOZO stuurt in het geval van een goedgekeurd retourbericht geen foutbericht naar verzekeraar.</p>

Tabel 5-1 Stromen in relatie tot controle declaratie

5.4 Vastlegging en samenhang retoursystematiek

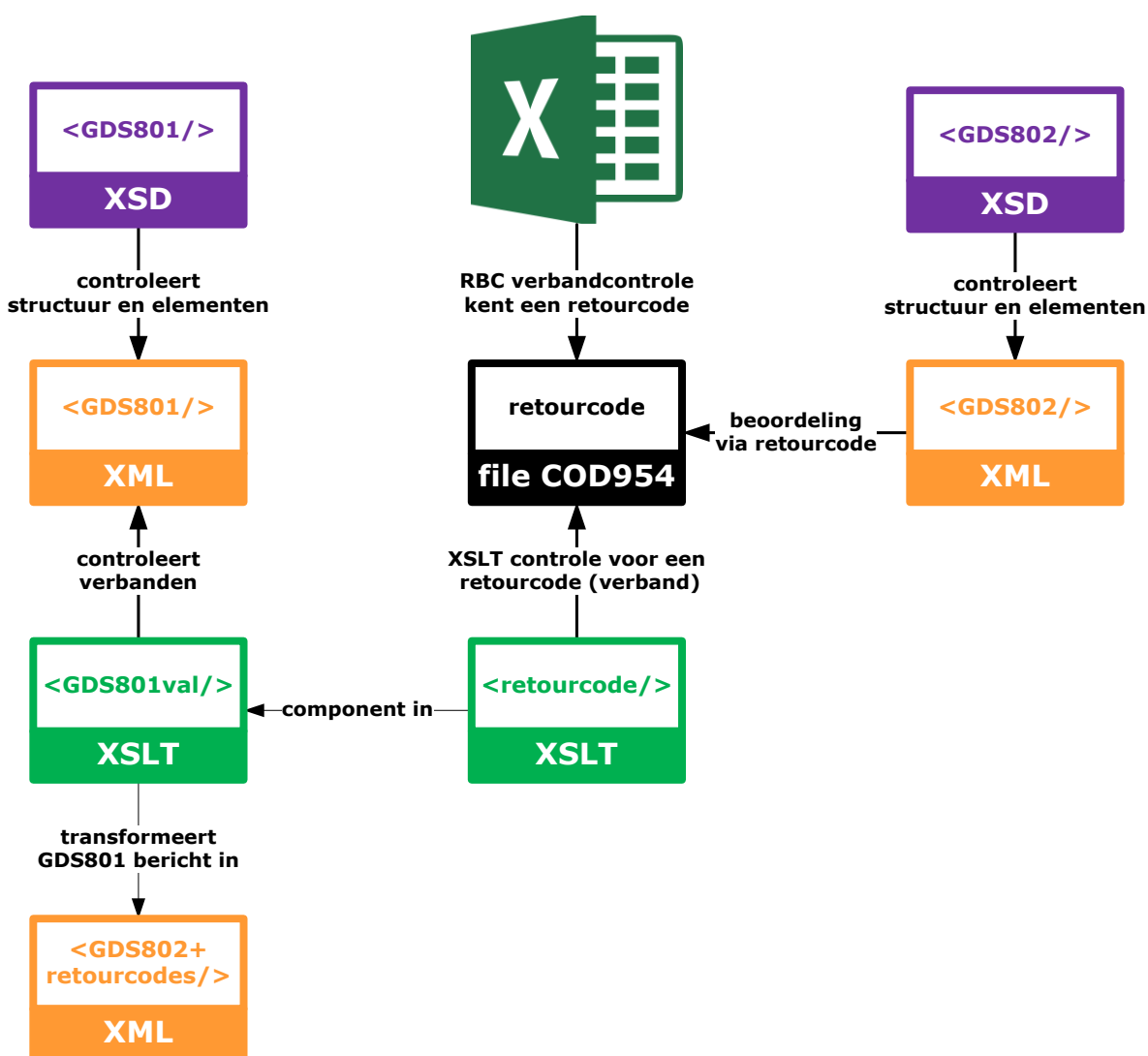
Voor de ketenpartijen EI-berichtenverkeer is de volgende documentatie beschikbaar op www.vektis.nl/streams/standaardisatie/standaarden:

- De berichtspecificatie (BER) voor een EI-standaard wordt vastgelegd in een XML Schema document (XSD).

- De verband- en referentiële controles worden eenduidig vastgelegd in een document Registratie bedrijfs- en controleregels (RBC) met bijbehorende retourcodes en beschikbare XSLT-verwijzingen.
- Een VAL-XSLT voor het EI-bericht en een XSLT per verbandcontrole.
- De eenheid van controle is een voorkomen in de retourcode tabel [COD954-VEKT](#) op ei.vektis.nl. Elke controle uit de RBC is gekoppeld aan een retourcode in de retourcode tabel en de retourcode is gekoppeld aan een berichtklasse uit het retourbericht.

Onderstaand figuur geeft de samenhang tussen een RBC, retourcodetabel, XSD, XML en XSLT.

Figuur 5-2 Samenhang RBC, retourcode, XSD, XML en XSLT



5.5 Vulling retourcodes in retourinformatie

Vektis hanteert de volgende principes voor XML-retourberichten:

- De Header, Declaratiecontext en Overzicht worden altijd opgenomen in een retourbericht.
- Indien VECOZO of een verzekeraar in de Header, Declaratiecontext of Overzicht een retourcode terugzendt, dan zijn de onderliggende (sub)klassen **niet** gecontroleerd en worden niet mee retour gestuurd.
- Indien VECOZO bij de controle van de GDS801- Header, Declaratiecontext of Overzicht een constatering doet, dan wordt een GDS802 met alleen de Header, Declaratiecontext en Overzicht uit het GDS801- bericht via stroom 2 naar zorgaanbieder of servicebureau teruggezonden, met in de betreffende klasse van de GDS802 een retourcode horend bij de constatering.
- Indien VECOZO bij de controle van een GDS801-Verzekerde of Prestatie een constatering doet, dan wordt een GDS802 via stroom 3 naar zorgaanbieder of servicebureau teruggezonden met:
 - Header, Declaratiecontext en Overzicht uit het GDS801- bericht, zonder retourcode(s);
 - In het geval van een inhoudelijke afkeur in klasse Verzekerde of Prestatie of (sub)klassen van Prestatie, dan wordt de retourcode opgegeven voorzien van de sleutelwaarden van de desbetreffende (sub)klasse.

NB Raadpleeg de BER voor de identificerende elementen van de onderliggende (sub)klassen.

- Indien VECOZO in het GDS801 bericht geen constateringen doet, dan wordt het volledige GDS801 bericht zonder retourcodes (maar mogelijk wel aangevuld met LCBRetourcodes) doorgestuurd naar de ontvanger (stroom 4).
- Indien een verzekeraar wil aangeven dat bij controle van het GDS801 bericht er geen constateringen zijn, dan wordt een GDS802 teruggezonden met alleen de Header, Declaratiecontext en Overzicht (stroom 5) zonder retourcode(s).
- Indien verzekeraar bij de controle van de GDS801- Header, Declaratiecontext of Overzicht een constatering doet, dan wordt een GDS802 met alleen de Header, Declaratiecontext en Overzicht uit het GDS801- bericht via stroom 5 naar zorgaanbieder of servicebureau teruggezonden, met in de betreffende klasse van de GDS802 een retourcode horend bij de constatering.
- Indien een verzekeraar bij controle van een GDS801-Verzekerde of Prestatie een constatering doet, dan wordt een GDS802 via stroom 5 teruggestuurd met:
 - Header, Declaratiecontext en Overzicht uit het GDS801- bericht;
 - In het geval van een afkeur in klasse Verzekerde wordt een retourcode opgegeven voorzien van de sleutelwaarden van de klasse.

De debet prestatie(s) met onderliggende subklassen, en credit prestatie(s) worden dan niet meer gecontroleerd.

- In het geval van afkeur in klasse DebetPrestatie wordt een retourcode opgegeven voorzien van de sleutelwaarde van de klasse. De onderliggende subklassen (AanvullendPrestatieKenmerk, Verwijzing, Zorgaanbieder, AanvullendePrestatiegegevens) worden niet meer gecontroleerd.

Nevengeschikte debet- of credit prestatie(s) bij die verzekerde worden wel gecontroleerd.

- In het geval van afkeur in klasse CreditPrestatie wordt een retourcode opgegeven voorzien van de sleutelwaarde van de klasse. De klasse CreditPrestatie heeft geen onderliggende

subklassen. Nevengeschikte debet- of credit prestatie(s) bij die verzekerde worden wel gecontroleerd.

- In het geval van afkeur in subklasse AanvullendPrestatieKenmerk van klasse DebetPrestatie wordt een retourcode opgegeven voorzien van de sleutelwaarde van de subklasse. De nevengeschikte subklassen Verwijzing, Zorgaanbieder, AanvullendePrestatiegegevens worden gecontroleerd. De subklasse AanvullendPrestatieKenmerk heeft geen ondergeschikte subklasse.
- Voor subklasse Verwijzing met subklasse Verwijzer, subklasse Zorgaanbieder met subklasse NaamZorgverlener, en subklasse AanvullendePrestatiegegevens met subklassen Diagnose (subklasse Diagnostesteller met subklasse NaamZorgverlener), Zorgtraject, Plaatsingsbesluit en Commentaar geldt dezelfde werkwijze.

NB Raadpleeg de BER voor de identificerende elementen van de onderliggende (sub)klassen.

- Indien VECOZO wil aangeven dat er in het GDS802 bericht van een verzekeraar iets fout is, dan wordt een Technisch afkeurbericht aan verzekeraar gezonden, waarin vermeld is dat het ontvangen GDS802 bericht afgekeurd is (stroom 6).
- Indien VECOZO in het GDS802 bericht geen fouten signaleert, dan wordt het volledige GDS802 bericht doorgestuurd naar zorgaanbieder (stroom 7).

Betekenis gebruikte retourcodes (COD954)

In het geval van een afgekeurd berichtklasse wordt een of meer keer een 'retourcode' gevuld om de inhoudelijke reden van afkeuren aan te geven.

5.5.1 Toevoegen van commentaar

De enige soort gegevens die aan een EI-retourinformatiebericht mag worden toegevoegd, zijn commentaarvelden.

Het toevoegen van een commentaarveld aan een EI-retourinformatiebericht dient tot het uiterste beperkt te worden, omdat in principe de retourcode en de betrokken elementen de lading dient te dekken en de inhoud van een commentaarregel niet elektronisch is te verwerken.

5.6 Wijzigen gegevens in EI-retourinformatiebericht

De gegevens in een EI-declaratiebericht worden niet gewijzigd in het EI-retourinformatiebericht. Hiermee wordt bedoeld dat alleen de identificerende gegevens van een oorspronkelijke regel retour wordt gestuurd met daaraan toegevoegd extra velden die daarvoor een verklaring geven.

5.7 Afhandeling EI-retourinformatiebericht

Per EI-declaratiebericht wordt slechts één EI-retourinformatiebericht gestuurd (een-op-een). De ontvanger van een EI-retourinformatiebericht ontvangt en verwerkt de gegevens in het bericht in zijn/haar administratie. Aan de hand van de toegevoegde informatie (retourcodes en betrokken elementen en eventueel commentaar) in het EI-retourinformatiebericht worden de gegevens (zo nodig) gewijzigd. Bij een afkeuring door VECOZO wordt na een correctie een nieuw bericht ingediend. Bij een afkeuring door een verzekeraar worden -na correctie- de regels samen met regels

van nieuwe andere verzekerden in een bericht bij een volgende declaratieperiode verstuurd. Er volgt derhalve geen separate zending (bericht) van alleen gecorrigeerde gegevens. Met andere woorden: een correctie op een correctie kan niet voorkomen.

6. Bijlagen

6.1 Samenstelling werkgroep

De EI-standaarden in dit document zijn tot stand gekomen in samenwerking met de volgende personen:

Organisatie	Naam
DJI/DI	Bruin, dhr. F. de
DJI/DI	Oosterbaan, dhr. T.
DJI/SIC	Raatgever, dhr. R.
DJI/DI	Veefkind, dhr. P.
De Nederlandse GGZ	Roza, mw. A.
GGZ-Delfland	Plessius, dhr. J.
GGZ-Delfland	Post, dhr. E.
Infomedics	Ridder, dhr. M.
LVVP	Schiffers, dhr. M.
Nexus	Oskam, dhr. P.
Nexus	Sondag, dhr. A.
Pro Persona	Fianen, dhr. Q.
Tenzinger	Ahluwalia, mw. A.
Tenzinger	Driel, dhr. B. van
VECOZO	Dooren, mw. I. van
VECOZO	Jaspers, dhr. R.
VECOZO	Korthout, mw. M.
Vektis	Hoorn, mw. T. van der
Vektis	Janssens, dhr. J.
Vektis	Pastoor, dhr. E.
Vektis	Slijkhuis, dhr. C.
VGZ	Snippe, dhr. B.
Zilveren Kruis	Beelen, dhr. P.
ZN	Reuvers, dhr. G.

6.2 Afkortingen

Afkorting	Betekenis
BER	Berichtspecificatie
BFT	Beheer Formele Toetsingskaders (tool)
BOM	Byte Order Mark
CD	Conditie
CS	Constraint
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (afgekort DSM-5)
EHIC	European Health Insurance Card
EI	Externe integratie
FZ	Forensische zorg
GDS	Generieke Declaratiestandaard
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
INV	Invulinstructie
LCB	Logische Controle Beschrijving
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RBC	Registratie bedrijfs- en controleregels
SKN	Strafketennummer
STB	Standaardbeschrijving
TOG	Tarief Organen Gezondheidszorg
VC	Verbandcontrole
VECOZO	VEilige COmmunicatie in de ZOrg
ZIB	Zorginformatiebouwsteen
ZPM	Zorgprestatie-model

6.3 Mutatieoverzicht

Voor toekomstig gebruik van (sub)versies en uitgaven.

Tabel 7-1 Mutatieoverzicht bij deze uitgave

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
14-12-2021		Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> Generieke Declaratie Standaard vervangen door Generieke Declaratiestandaard.
14-12-2021		Paragraaf 5.2 Controlniveaus	Tabel controlniveaus aangepast wat betreft controle op uniciteit.
14-07-2021		Paragraaf 4.4 Volgorde van verwerking van EI-berichten	Paragraaf toegevoegd.
19-05-2021		Diverse delen	Code en naam van de standaard in hele document aangepast in GDS801-GDS802 (Retourinformatie) Generieke Declaratie Standaard.
19-05-2021		Voorwoord	Tekst over verschenen documenten aangevuld.
19-05-2021		Par 4.2.4. Aanleiding tot EI-bericht	Tekst over termijn (frequentie) van verzenden EI-bericht voor zorgverzekeraars geschrapt.
19-05-2021		Par 4.3 Berichtgrootte	Tekst over opdelen bericht bij maximale berichtgrootte aangepast.
19-05-2021		Par. 4.7 Debet- /creditnota's	<p>Per debet prestatie:</p> <p>Tweede dot: Tekst over elementen in creditnota aangepast.</p> <p>Laatste dot: tekst over aanlevering debet- en credit prestaties toegevoegd.</p> <p>Per bericht</p> <p>Laatste dot: tekst over niet splitsen in jaartallen toegevoegd.</p>
19-05-2021		Par 5.1 Doel Retourinformatie	Tekst over technische afkeur van een Declaratiebericht toegevoegd.
19-05-2021		Par 5.2 Controlniveaus	Tekst in tabel over controlniveaus XSD en RBC aangepast.
19-05-2021		Par 5.3 Keten retourinformatie	<p>Tabel bij nr 3 en 5 deels herschreven.</p> <p>Tekst over VECOZO als alleen Verzender in een retourbericht toegevoegd.</p> <p>Tekst over verzekeraar niet controleren en retoursturen van onderliggende (sub)klassen toegevoegd.</p>

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
			Tekst over verzekeraar controleren en retoursturen (sub)klassen toegevoegd.
19-05-2021		Par 5.5 Vulling retourcodes in retourinformatie	Paragraaf deels herschreven. Tekst over niet controleren en retoursturen van onderliggende (sub)klassen toegevoegd. Tekst over controleren en retoursturen (sub)klassen en identificerende elementen uit heenbericht toegevoegd.