

Aanleverspecificatie bestanden BASIC

Versie 0107

1 januari 2019

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
2.	Algemeen	5
2.1	Versiebeheer	5
2.2	Wijzigingstabel	5
2.3	Contactgegevens Vektis	6
2.4	Gebruik van de gegevens	6
3.	Algemene kenmerken gegevensvraag	8
3.1	Algemeen	8
3.2	Verzekerdenbestand	8
3.3	Kostenbestanden op kasbasis	8
3.4	Aanlevermoment kwartaalbestanden	9
3.5	Naamgeving aan te leveren bestanden	9
3.6	Opbouw van de BASIC-bestanden	10
3.7	Vulling van de BASIC-rubriekvelden	11
3.8	Verzekerdengegevens	12
3.9	Kostengegevens en prestatiecodes	13
3.10	Bulkboekingen	14
3.11	Koppeling verzekeren- en kostenbestand	14
3.12	Meerdere verzekeren- en kostenrecords per verzekerde	15
3.13	Corrigeren van verzekeren- en kostenrecords	15
3.14	Volmachten	17
3.15	Wijze van aanleveren van de kwartaalbestanden	17
3.16	Controle kwaliteit bestand	18
4.	Verzekerdenbestand	19
4.1	Algemeen	19
4.2	Beschrijving record layout verzekerenbestand per recordtype	19
4.2.1	Voorlooprecord verzekerdengegevens	19
4.2.2	Detailrecord verzekerdengegevens	20
4.2.3	Sluitrecord verzekerdengegevens	21
4.3	Beschrijving BASIC-rubrieken verzekerenbestand per recordtype	21
4.3.1	Voorlooprecord verzekerdengegevens	22
4.3.2	Detailrecord verzekerdengegevens	23
4.3.3	Sluitrecords verzekerdengegevens	27
5.	Kostenbestand	28
5.1	Algemeen	28
5.2	Beschrijving record layout kostenbestand per recordtype	28
5.2.1	Voorlooprecord kostengegevens	28
5.2.2	Detailrecord kostengegevens	29
5.2.3	Sluitrecord kostengegevens	30
5.3	Beschrijving BASIC-rubrieken kostenbestand per recordtype	30
5.3.1	Voorlooprecord kostengegevens	30
5.3.2	Detailrecord kostengegevens	32
5.3.3	Sluitrecord kostengegevens	35

6.	Specificatie kostengegevens	37
6.1	Specificatie kostengegevens per prestatiecode Zvw	37
6.1.1	Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	37
6.1.2	Farmaceutische zorg	39
6.1.3	Verpleging en verzorging	39
6.1.4	Mondzorg	40
6.1.5	Verloskundige zorg	40
6.1.6	Medisch specialistische zorg	41
6.1.7	Paramedische zorg	42
6.1.8	Hulpmiddelenzorg	42
6.1.9	Ziekenvervoer	43
6.1.10	Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg	43
6.1.11	Geriatrische revalidatie en Eerstelijnsverblijf	44
6.1.12	Kraamzorg	45
6.1.13	Diverse Overige kosten	45
6.1.14	Grensoverschrijdende zorg	47
6.1.15	Kwaliteitsgelden	48
6.2	Specificatie kostengegevens per prestatiecode AV	48
7.	Codetabellen	51
7.1	Reden uitstroom Zvw	51
7.2	Contractvorm Zvw	51
7.3	Inhoud polis Zvw	51
7.4	Hoogte vrijwillig eigen risico Zvw	51
7.5	Geslacht	51
7.6	Debet/credit	51
7.7	Aanwezig op de eerste dag van de eerste, tweede, derde maand van het kwartaal	52
7.8	Indicatie AV	52
7.9	Prestatiecode-indeling	52
8.	Bijlagen	56
8.1	Voorbeeld verzekerdenbestand	56
8.2	Voorbeeld kostenbestand Zvw	57

1. Inleiding

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 zijn de bestaande informatiesystemen WOVM (Werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel) en STAT (verzekerden- en kostengegevens particulier verzekerden) vervangen door een nieuw informatiesysteem, BASIC.

In BASIC worden van individuele verzekerden verzekerden- en kostengegevens vastgelegd met betrekking tot de **Zorgverzekeringswet** (Zvw) en de **aanvullende verzekeringen** (AV).

Het systeem BASIC dient informatie te leveren ten behoeve van:

- onderzoek naar het risicovereveningsmodel en bepaling van de normbedragen per vereveningskenmerk
- spiegelinformatie, managementrapportages en benchmarks voor zorgverzekeraars
- onderzoek voor zorgverzekeraars en derden
- beleidsvragen en analyses voor Zorgverzekeraars Nederland.

Naast BASIC beheert Vektis diverse informatiesystemen gebaseerd op declaratiegegevens over bijvoorbeeld medisch specialistische zorg, farmaceutische zorg, huisartsenzorg, hulpmiddelenzorg en GGZ. Voor onder andere de risicoverevening is het van belang dat de via deze detailsystemen aangeleverde verzekerden- en kostengegevens aansluiten bij de beschikbare gegevens in BASIC. Dit document vormt de handleiding voor zorgverzekeraars bij de periodieke aanlevering van BASIC-gegevens.

2. Algemeen

2.1 Versiebeheer

Deze paragraaf geeft een overzicht van de versies die tot nu toe van deze specificatie zijn uitgegeven en een samenvatting van de wijzigingen in de huidige versie ten opzichte van de voorgaande versie.

<u>Versienummer</u>	<u>Versiedatum</u>	<u>Status versie</u>
0107	1 januari 2019	huidige versie
0106	1 januari 2018	vorige versie
0105	1 januari 2013	vorige versie
0104	1 januari 2008	vorige versie
0103	25 augustus 2006	vorige versie
0.02	12 december 2005	vorige versie
0.01	23 november 2005	vorige versie

2.2 Wijzigingstabel

De wijzigingen tussen versie 0106 en 0107 betreffen voornamelijk wijzigingen in de Zvw-prestaties die door Zorginstituut Nederland zijn doorgevoerd. In BASIC nemen we deze wijzigingen over.

Opmerking: de record layout is ongewijzigd gebleven ten opzichte van de voorgaande versie.

Pagina	Paragraaf	Wijziging ten opzichte van versie 0106
Wijzigingen 2019		
37 e.v.	6.1.1	Verloskundige zorg door huisartsen gaat vanaf 2019 van BASIC-prestatiecode 1402 naar BASIC-prestatiecode 1109 (Huisartsenzorg overige tarieven)
40 e.v.	6.1.5	Verloskundige zorg door huisartsen gaat vanaf 2019 van BASIC-prestatiecode 1402 naar BASIC-prestatiecode 1109 (Huisartsenzorg overige tarieven)
41	6.1.6	Kosten add-ons (ZiNL-kostencodenummer 612) wordt opgedeeld in nieuwe ZiNL-kostencodenummers 612.1 (add-ons dure geneesmiddelen) en 612.2 (add-ons IC)

Pagina	Paragraaf	Wijziging ten opzichte van versie 0106
43	6.1.9	Nieuwe BASIC-prestatiecode 1803 ten behoeve van nieuwe prestatie Opbrengstverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen (ZiNL-kostencodenummer 650.1)
46	6.1.13	Kosten van Gecombineerde Leefstijl Interventie worden vanaf 2019 meegenomen bij Diversie overige kosten (BASIC-prestatiecode 2307, ZiNL-kostencodenummer 700)
47	6.1.14	Vanaf 2019 maakt het Zorginstituut bij de kosten grensoverschrijdende zorg onderscheid tussen kosten via zorgverzekeraar en kosten via verbindingkantoor. In BASIC wordt dit onderscheid sinds 2013 al gemaakt.

Onderstaande tabel geeft weer welke BASIC-prestatiecodes per 1 januari 2019 zijn toegevoegd.

BASIC prestatiecode	Codenummer Zorginstituut	Omschrijving Zorginstituut
2019		
1803	650.1	Opbrengstverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen

2.3 Contactgegevens Vektis

Voor vragen en/of opmerkingen over de inhoud van deze aanleverspecificatie of de aanlevering van verzekerden- en kostenbestanden BASIC aan Vektis kunt u zich wenden tot:

Gegevensbeheer

E_data-ontvangst@vektis.nl

T_030 8008 300 (algemeen) of 030-8008 440 (team data-ontvangst)

Sparrenheuvel 18 – 3708 JE Zeist

Postbus 703 – 3700 AS Zeist

KvK Utrecht 30230118

www.vektis.nl

2.4 Gebruik van de gegevens

De verzekerden- en kostengegevens die op kwartaalbasis in BASIC worden verzameld worden primair gebruikt voor het onderzoek rond de risicoverevening. De kwartaalgegevens worden door Vektis uitgebreid gecontroleerd, waarna ze worden samengevoegd op jaarniveau. Nadat op basis van het jaarniveau de gegevens zijn gecontroleerd op met name plausibiliteit en volledigheid, worden ze gepseudonimiseerd uitgeleverd aan de onderzoekers via ZorgTTP. De onderzoekers

voeren onder meer op basis van de BASIC verzekerden- en kostengegevens onderzoek uit naar de normbedragen voor de ex-ante risicoverevening.

Daarnaast worden de gegevens gebruikt voor diverse andere doeleinden zoals onderzoek voor zorgverzekeraars, ZN en derden en het uitvoeren van benchmarks en kostenramingen voor zorgverzekeraars.

3. Algemene kenmerken gegevensvraag

3.1 Algemeen

De volgende paragrafen behandelen algemene aspecten met betrekking tot de op te vragen gegevens. De definities van de verzekerden- en kostengegevens sluiten zoveel mogelijk aan op de definities van de gegevens, zoals die door Zorginstituut Nederland (ZiNL) in het kader van de verantwoording worden gevraagd. Indien hiervan wordt afgeweken of indien de ZiNL-specificatie (nog) niet bekend is, dan wordt dit bij de beschrijving van de desbetreffende BASIC-rubriek in het verzekerden- of kostenbestand aangegeven.

BASIC is gestart met de invoering van de Zorgverzekeringswet vanaf 1 januari 2006. BASIC mag geen kosten met een prestatiedatum van voor deze datum bevatten, dus ook geen uitloopschade uit 2005 en eerder. Ook mogen er geen verzekerdengegevens voorkomen die betrekking hebben op het jaar 2005 of eerder.

3.2 Verzekerdenbestand

Vektis vraagt per kwartaal een verzekerdenbestand op. Dit bestand dient alle verzekerden te bevatten die op enig moment in het desbetreffende kwartaal ingeschreven zijn geweest voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of een of meerdere aanvullende verzekeringen (AV). Dit is ongeacht of de verzekerde al dan in het desbetreffende kwartaal zorgkosten heeft gemaakt.

Bovenstaande houdt in dat men in het bestand records tegenkomt van verzekerden die bij een zorgverzekeraar:

1. alleen voor de Zvw ingeschreven staan
2. voor de Zvw ingeschreven staan en een of meerdere aanvullende verzekeringen hebben
3. alleen voor een of meerdere aanvullende verzekeringen (AV) ingeschreven staan.

Zorgverzekeraars maken het verzekerdenbestand na afloop van het kwartaal. Zij mogen daarin alle mutaties over dat kwartaal tot en met de dag van aanmaak meenemen.

Voorbeeld: Het bestand over het tweede kwartaal 2016 wordt 25 juli 2016 aangemaakt. Alle mutaties die tussen 1 juli en 25 juli 2016 zijn verwerkt en die betrekking hebben op het tweede kwartaal of eerder zoals bijvoorbeeld een wijziging in de BASIC-rubriek Reden uitstroom Zvw, kunnen nog worden meegenomen in het bestand over het tweede kwartaal 2016.

3.3 Kostenbestanden op kasbasis

Vektis vraagt per kwartaal twee kostenbestanden op: een bestand met kostengegevens die vallen onder de Zvw en een bestand met kostengegevens die vallen onder de AV.

Het Zvw-bestand bevat alle in het betreffende kwartaal ter betaling gestelde kosten van prestaties die de verzekerde conform de Zvw-aanspraken vergoed heeft gekregen.

Het AV-bestand bevat alle in het betreffende kwartaal ter betaling gestelde kosten van prestaties die de verzekerde uit de aanvullende verzekeringen vergoed heeft gekregen.

Beide bestanden zijn 'op kasbasis'. Dat betekent dat de gegevens betrekking kunnen hebben op zowel kosten die zijn gemaakt in het kwartaal van aanlevering, het kaskwartaal, als op kosten uit eerdere jaren en kwartalen, de zogenaamde 'uitloopschade'.

Afhankelijk van de prestatiedatum krijgen alle in een kwartaal verwerkte (ter betaling gestelde) kosten een bepaalde waarde in de rubrieken Kwartaalaanduiding van de prestatiedatum en Jaaraanduiding van de prestatiedatum.

De prestatiedatum is de dag waarop de prestatie (zorg) is geleverd of, in het geval van DBC's, de dag waarop de DBC is geopend.

Voorbeeld: Een behandeling (prestatie) fysiotherapie van verzekerde x met de prestatiedatum 30 april 2016 krijgt in de BASIC-rubriek Kwartaalaanduiding van de prestatiedatum een waarde '02' en in de BASIC-rubriek Jaaraanduiding van de prestatiedatum een waarde '2016'.

Selectie kostenrecords

Voor het selecteren van de kosten op kasbasis over een kwartaal dient men de volgende selectie te maken: alle kosten (Zvw + AV) die op de eerste tot en met de laatste dag van een kwartaal zijn verwerkt (ter betaling gesteld aan zorgaanbieder dan wel verzekerde).

3.4 Aanlevermoment kwartaalbestanden

Vektis dient de verzekerden- en kostenbestanden uiterlijk 6 weken na afloop van een kwartaal te hebben ontvangen.

3.5 Naamgeving aan te leveren bestanden

De bestandsnaam van het verzekerdenbestand dient als volgt te zijn opgebouwd:

basic_vvvv_eejjkk_verz.asc

basic	=	Aanduiding dat de aanlevering BASIC-gegevens betreft
_	=	Het 'underscore'-teken, als herkenbaar scheidingsteken
vvvv	=	De unieke aanduiding (4-cijferige code) voor de zorgverzekeraar of de volmacht houder, volgens het Uzovi-register van Vektis
_	=	Het 'underscore'-teken, als herkenbaar scheidingsteken
ee	=	Eeuwaanduiding van de aanleverperiode
jj	=	Jaaraanduiding van de aanleverperiode
kk	=	Kwartaalaanduiding van de aanleverperiode
_	=	Het 'underscore'-teken, als herkenbaar scheidingsteken
verz	=	Aanduiding verzekerdenbestand
.	=	Punt
asc	=	De vaste extensie om aan te geven dat het bestand een ASCII-formaat heeft.

De bestandsnaam van het Zvw- kostenbestand dient als volgt te zijn opgebouwd:

basic_vvvv_eejjkk_scha_zvw.asc

basic	=	Aanduiding dat de aanlevering BASIC-gegevens betreft
_	=	Het 'underscore'-teken, als herkenbaar scheidingsteken
vvvv	=	De unieke aanduiding (4-cijferige code) voor de zorgverzekeraar of de volmachtouder, volgens het Uzovi-register van Vektis
_	=	Het 'underscore'-teken, als herkenbaar scheidingsteken
ee	=	Eeuwaanduiding van de aanleverperiode
jj	=	Jaaraanduiding van de aanleverperiode
kk	=	Kwartaalaanduiding van de aanleverperiode
_	=	Het 'underscore'-teken, als herkenbaar scheidingsteken
scha	=	Aanduiding kostenbestand (schade)
_	=	Het 'underscore'-teken, als herkenbaar scheidingsteken
zvw	=	Aanduiding kosten uit de Zvw
.	=	Punt
asc	=	De vaste extensie om aan te geven dat het bestand een ASCII-formaat heeft.

De bestandsnaam van het AV-kostenbestand dient als volgt te zijn opgebouwd:

basic_vvvv_eejjkk_scha_av.asc

basic	=	Aanduiding dat de aanlevering BASIC-gegevens betreft
_	=	Het 'underscore'-teken, als herkenbaar scheidingsteken
vvvv	=	De unieke aanduiding (4-cijferige code) voor de zorgverzekeraar of de volmachtouder, volgens het Uzovi-register van Vektis
_	=	Het 'underscore'-teken, als herkenbaar scheidingsteken
ee	=	Eeuwaanduiding van de aanleverperiode
jj	=	Jaaraanduiding van de aanleverperiode
kk	=	Kwartaalaanduiding van de aanleverperiode
_	=	Het 'underscore'-teken, als herkenbaar scheidingsteken
scha	=	Aanduiding kostenbestand (schade)
_	=	Het 'underscore'-teken, als herkenbaar scheidingsteken
av	=	Aanduiding kosten uit de aanvullende verzekeringen
.	=	Punt
asc	=	De vaste extensie om aan te geven dat het bestand een ASCII-formaat heeft.

3.6 Opbouw van de BASIC-bestanden

Verzekerden- en kostenbestanden bevatten drie typen records met een aantal specifieke rubrieken of rubriekvelden:

- Een voorlooprecord, met rubrieken voor meta-informatie over het bestand;
- Detailrecords met rubrieken voor verzekerden- respectievelijk kostengegevens;
- Een sluitrecord met rubrieken voor controlegegevens over het bestand.

In elk bestand komt 1 voorloop- en 1 sluitrecord voor. Daarnaast komen er 1 of meerdere detailrecords voor.

3.7 Vulling van de BASIC-rubriekvelden

De BASIC-rubriekvelden hebben een verplichte (dus niet-facultatieve) vulling. De paragrafen 4.3 en 5.3 lichten de vulling van de BASIC-rubrieken uitgebreid toe voor het verzekerden- en kostenbestand.

De BASIC-rubriek Prestatiecode uit het kostenbestand verdient een nadere toelichting. Deze BASIC-rubriek maakt een uitsplitsing in kosten naar prestatiecode. Zijn van een verzekerde in een kwartaal kosten verwerkt van geleverde prestaties, bijvoorbeeld van hulpmiddelen, dan levert dit in het kostenbestand een detailrecord op, in dit geval met kosten bij de prestatiecode voor Kosten hulpmiddelenzorg.

Zijn voor een verzekerde in hetzelfde kwartaal daarnaast kosten van bijvoorbeeld een fysiotherapeut verwerkt, dan komt er een record bij, in dit geval met kosten bij de prestatiecode voor Kosten paramedische zorg.

Zijn voor een verzekerde in een kwartaal helemaal geen kosten verwerkt, dan komt er van deze verzekerde geen enkel record in het kostenbestand. Deze werkwijze geldt ook voor records van een eventuele correctie van kostengegevens, die in een eerder kwartaalbestand zijn geleverd.

De rubrieken in de bestanden BASIC dienen zonder voorloopnullen te worden aangeleverd.

Voorbeeld: Hieronder worden 3 situaties besproken voor de vulling van de BASIC-rubriek BSN van het detailrecord verzekerdengegevens.

Volgens de aanleverspecificatie bestanden BASIC staat in deze BASIC-rubriek het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde. Dit dient een geldig (geverifieerd) nummer te zijn. Indien het BSN (nog) niet bekend is, dan dient men deze BASIC-rubriek met een '0' te vullen.

Lengte: 9
Type: N
Posities: 2 - 10

Bijzonderheden: EI-code gegevenselement is NUM285 VEKT.

Voor een verzekerde met BSN 178120032 worden de 9 posities als volgt gevuld:

recordpositie 2:	1
recordpositie 3:	7
recordpositie 4:	8
recordpositie 5:	1
recordpositie 6:	2
recordpositie 7:	0
recordpositie 8:	0
recordpositie 9:	3
recordpositie 10:	2

Voor een verzekerde met BSN 44699587 worden de 9 posities als volgt gevuld:

recordpositie 2:	spatie
recordpositie 3:	4
recordpositie 4:	4

recordpositie 5:	6
recordpositie 6:	9
recordpositie 7:	9
recordpositie 8:	5
recordpositie 9:	8
recordpositie 10:	7

Voor een verzekerde met BSN onbekend worden de 9 posities als volgt gevuld:

recordpositie 2:	spatie
recordpositie 3:	spatie
recordpositie 4:	spatie
recordpositie 5:	spatie
recordpositie 6:	spatie
recordpositie 7:	spatie
recordpositie 8:	spatie
recordpositie 9:	spatie
recordpositie 10:	0

3.8 Verzekerdengegevens

Vektis vraagt de verzekerdengegevens per kwartaal op. Per kwartaal dient men gegevens aan te leveren van alle verzekerden die op enig moment in het kwartaal voor de Zvw en/of AV ingeschreven zijn geweest. Ook verzekerden waarvan in dat kwartaal geen kosten zijn verwerkt. De gegevens hebben betrekking op elke individuele verzekerde.

Voor de vulling van alle BASIC-rubrieken uit het detailrecord verzekerdengegevens geldt dat men de laatst bekende stand in het kwartaal neemt. Voor verzekerden die gedurende het kwartaal uitstromen, geldt het moment van uitstromen als laatst bekende stand.

Indien een verzekerde is ingeschreven voor de Zvw en daarnaast een of meerdere aanvullende verzekeringen heeft, dan dient de BASIC-rubriek Indicatie AV met de waarde '1' gevuld te worden. Heeft de verzekerde naast de Zvw geen aanvullende verzekering, dan dient de BASIC-rubriek Indicatie AV met de waarde '0' gevuld te worden.

Indien een verzekerde in een volledig kwartaal niet is ingeschreven volgens de Zvw, maar wel voor een of meerdere aanvullende verzekeringen, dan dient altijd een verzekerdenrecord te worden aangeleverd. De onderstaande BASIC-rubrieken uit het detailrecord verzekerdengegevens worden dan als volgt gevuld:

- Indicatie AV = 1
- Aanwezig op de eerste dag van de eerste maand van het kwartaal ZVW = 9
- Aanwezig op de eerste dag van de tweede maand van het kwartaal ZVW = 9
- Aanwezig op de eerste dag van de derde maand van het kwartaal ZVW = 9
- Totale inschrijfduur in dagen ZVW = 99
- Reden uitstroom ZVW = 99
- Contractvorm ZVW = 99
- Inhoud polis ZVW = 99
- Hoogte vrijwillig eigen risico ZVW = 0.

De overige BASIC-rubrieken van het detailrecord verzekerdengegevens dienen op dezelfde manier als de Zvw gevuld te worden.

De waarden 1 en 0 zijn gereserveerd voor de rubrieken Indicatie AV en Hoogte vrijwillig eigen risico Zvw, de andere rubrieken krijgen een 9 of 99 om deze records herkenbaar te maken. Daarnaast zijn andere waarden al in gebruik.

Voorbeeld: stel dat een verzekerde op 3 juli 2006 wordt ingeschreven voor de Zvw + AV en zijn postcode is op dat moment '5100DT' en op 10 september 2006 verhuist deze verzekerde naar postcode '5822KA'. De zorgverzekeraar verwerkt deze mutatie op 18 september 2006. De postcode geldend op 30 september 2006, te weten '5822KA', dient te worden vermeld onder de BASIC-rubriek Postcode.

Dit voorbeeld is uitgewerkt in hoofdstuk 8 in detailrecords van het verzekerdenbestand: recnr. 1.

Voorbeeld: stel dat een verzekerde sinds 1 januari 2006 staat inschreven voor alleen een basis aanvullende verzekering en aan aanvullende verzekering tandheerkunde. Hij is bij deze zorgverzekeraar niet verzekerd volgens de Zvw. Zijn postcode is 4101GR. In het derde kwartaal van 2006 is hij nog steeds verzekerd voor beide aanvullende pakketten.

Dit voorbeeld is uitgewerkt in hoofdstuk 8 in detailrecords van het verzekerdenbestand: recnr. 2.

3.9 Kostengegevens en prestatiecodes

Vektis vraagt de kostengegevens per kwartaal op, afzonderlijk voor de Zvw en de AV. De gegevens zijn van kosten die individuele verzekerde in een kwartaal hebben gemaakt. De opgevraagde kostenbestanden bevatten dus alle kosten van prestaties die de zorgverzekeraar in een zeker kwartaal heeft verwerkt. Het kan gaan om kosten uit het huidige kwartaal of uit voorgaande kwartalen. De kostengegevens uit de Zvw en AV worden ieder via een apart bestand aangeleverd.

Alle kosten uit de Zvw en de AV worden ingedeeld naar prestaties. Elke prestatie wordt in BASIC onderscheiden met een prestatiecode. Per prestatiecode dienen de kosten voor een bepaalde prestatie (per verzekerde) te worden getotaliseerd over het desbetreffende kwartaal. Dit levert een record op per prestatiecode per verzekerde per kwartaal-/jaaraanduiding van de prestatiedatum.

Voorbeeld: indien in kwartaal 3 van 2006 een verzekerde ten laste van de ZVW op 5 verschillende dagen Kosten fysiotherapie à € 25,25 per behandeling heeft gemaakt en deze worden door de zorgverzekeraar in kwartaal 3 van 2006 verwerkt, dan dient de zorgverzekeraar een record met de prestatiecode voor kosten fysiotherapie aan te leveren met het totaal bedrag van €126,25 voor vijf behandelingen fysiotherapie voor de verzekerde. In dit record wordt de BASIC-rubriek Kwartaalaanduiding van de prestatiedatum gevuld met een waarde '03' en de BASIC-rubriek Jaaraanduiding van de prestatiedatum een waarde '2006'.

Heeft de zorgverzekeraar voor deze verzekerde ook nog in kwartaal 3 Kosten fysiotherapie met een prestatiedatum in kwartaal 2 ten laste van de Zvw verwerkt (bijvoorbeeld twee behandelingen) dan dient de zorgverzekeraar een tweede record met de prestatiecode Kosten fysiotherapie aan te leveren met het totaal bedrag van € 50,50 voor twee behandelingen fysiotherapie voor de verzekerde. In dit tweede record wordt de BASIC-rubriek Kwartaalaanduiding van de prestatiedatum gevuld met een waarde '02' en de BASIC-rubriek Jaaraanduiding van de prestatiedatum een waarde '2006'.

Dit voorbeeld is uitgewerkt in hoofdstuk 8 in detailrecords van het kostenbestand Zvw : rechr. 1 en 2.

Wanneer voor een verzekerde in een kostenkwartaal voor een bepaalde prestatie zowel debet- als creditboekingen voorkomen, dan dienen deze te worden gesaldeerd.

Voorbeeld: stel dat er voor een verzekerde drie declaraties betreffende Kosten hulpmiddelen met een prestatiedatum in kwartaal 2 van 2006 zijn verwerkt in het tweede kwartaal 2006. Het ging om een totaal bedrag van € 180. Nu blijkt dat een van de drie declaraties ten onrechte is verwerkt (ter betaling gesteld). Het gaat om een bedrag van € 60. Door de zorgverzekeraar wordt hiervoor nog in het hetzelfde (tweede) kwartaal 2006 een creditboeking gedaan. Er dient voor deze verzekerde over het tweede kwartaal van 2006 een record met Kosten hulpmiddelen te worden aangeleverd met het bedrag van € 120. De BASIC-rubriek Debet/Credit (behorend bij de BASIC-rubriek kosten voor rekening van de verzekeraar) dient met een 'D' gevuld te worden.

3.10 Bulkboekingen

De kostengegevens in BASIC hebben betrekking op de kwartaalkosten van individuele verzekerden. Men dient daarom kosten van prestaties aan te leveren op het niveau van een verzekerde. Echter, bepaalde kosten zijn niet op verzekerdeniveau te specificeren. Het verwerken van dergelijke kosten gebeurt in de vorm van zogenaamde bulkboekingen. Omdat deze kosten niet aan individuele verzekerden zijn toe te rekenen, vraagt Vektis deze bulkboekingen nadrukkelijk niet in BASIC op. Ten behoeve van de risicoverevening wordt er tweemaal per jaar (na 7 en na 8 declaratiekwartalen) door Vektis een zogenaamde fictieve jaarstaat BASIC opgevraagd, waarin een kolom is opgenomen om de bulkboekingen per prestatie op te geven. Op deze wijze kunnen deze kosten uiteindelijk wel meegenomen worden in het jaarlijkse risicovereveningsonderzoek.

3.11 Koppeling verzekerden- en kostenbestand

In de kwartaalaanleveringen met kostengegevens moet elk record zijn te koppelen met een verzekerdenrecord in de corresponderende kwartaalaanlevering met verzekerdengegevens, of met een eerder geleverd verzekerdenbestand.

In onder andere de volgende gevallen kan een verzekerdenrecord in het corresponderende verzekerdenbestand ontbreken doordat dit record al in een vorig kwartaal is aangeleverd:

1. In records met kostencorrecties
2. In records met uitlooschade uit een eerder kwartaal.

Ook kan het voorkomen dat een verzekerde met terugwerkende kracht wordt ingeschreven in een vorig kwartaal. In de huidige kwartaalaanlevering dient dan een verzekerdenrecord met betrekking tot het vorige kwartaal te worden aangeleverd. Eventuele kostenrecords die in de huidige kwartaalaanlevering met terugwerkende kracht worden aangeleverd, kunnen dan koppelen met een verzekerdenrecord.

3.12 Meerdere verzekerden- en kostenrecords per verzekerde

Zowel in het verzekerden- als in het kostenbestand zijn meerdere records per verzekerde mogelijk.

In het verzekerden(kwartaal)bestand levert men alle verzekerden aan die op enig moment in het kwartaal verzekerd zijn geweest voor de Zvw en/of de AV. Via een record per verzekerde worden beide gegevens aangeleverd. Het kan echter voorkomen dat een verzekerdenrecord uit een voorgaand kwartaal een correctie behoeft. In dit geval kunnen er voor een verzekerde twee verzekerdenrecords in het verzekerdenbestand voorkomen. De BASIC-rubriek Kwartaalaanduiding van de verzekerdengegevens is dan in ieder geval verschillend en geeft aan op welk kwartaal het record betrekking heeft.

Ook voor de kostengegevens geldt, dat er meer dan een record voor een verzekerde kan worden aangeleverd. De kosten worden opgevraagd in de vorm van een record per prestatie. Ook wordt er een uitsplitsing gevraagd naar het jaar en kwartaal waarin de prestatie heeft plaatsgevonden. Heeft een verzekerde voor meerdere prestaties in een kwartaal kosten gemaakt, dan levert dit voor deze verzekerde meerdere kostenrecords op in een kwartaalbestand. Hebben deze prestaties ook nog eens betrekking op verschillende prestatiejaren/-kwartalen, dan dient ook hiervoor gesplitst te worden.

Voorbeeld: een verzekerde heeft in kwartaal 3 kosten hulpmiddelen à € 450,- en kosten fysiotherapie à € 25,25 gemaakt en deze kosten zijn door de zorgverzekeraar ook in dat kwartaal verwerkt ten laste van de Zvw, dan levert dit in kwartaal 3 twee kostenrecords voor deze verzekerde op. Komen er echter bij de zorgverzekeraar nog kosten hulpmiddelen à € 100,50 binnen die gemaakt zijn in het vorige kwartaal (kwartaal 2) en verwerkt de zorgverzekeraar deze in kwartaal 3, dan levert dit een extra record op in het kwartaalbestand van kwartaal 3. Voor de verzekerde in het voorbeeld worden dus in totaal drie kostenrecords aangeleverd.

Dit voorbeeld is uitgewerkt in hoofdstuk 8 in detailrecords van het kostenbestand Zvw : recnr. 3, 4 en 5.

3.13 Corrigeren van verzekerden- en kostenrecords

Een reeds aangeleverd verzekerdenrecord dat niet correct blijkt te zijn geweest, kan in een volgend kwartaal worden gecorrigeerd. Hiervoor dient men een nieuw record met de juiste verzekerdengegevens aan te leveren, waarbij dan de BASIC-rubrieken Jaaraanduiding van de verzekerdengegevens en Kwartaalaanduiding van de verzekerdengegevens betrekking hebben op een voorgaande (te corrigeren) periode. De foutieve verzekerdengegevens zullen worden vervangen door de juiste verzekerdengegevens.

Voor het detailrecord met verzekerdengegevens kunnen wijzigingen in alle BASIC-rubrieken behalve

- de unieke combinatie Kenmerk record, BSN en verzekerdenidentificatienummer, alsmede
- jaar- en kwartaalaanduiding van de verzekerdengegevens

leiden tot correctierecords.

Het kan voorkomen dat een reeds aangeleverd verzekerdenrecord in zijn geheel moet vervallen, omdat een verzekerde met terugwerkende kracht wordt uitgeschreven. Het kan bijvoorbeeld gaan om een verzekerde die in het kwartaal niet verzekerd blijkt te zijn geweest. In dit geval levert men

een correctierecord voor het betreffende kwartaal aan, waarbij de BASIC-rubriek Totale inschrijfduur in dagen Zvw op de waarde '0' wordt gezet. De overige BASIC-rubrieken van het verzekerdenrecord zijn gevuld met de waarde die opgevraagd wordt als ware men nog wel verzekerd (de laatst bekende waarde). Dit record vervangt dan het oude record en geeft aan dat de verzekerde niet verzekerd is geweest in dit kwartaal.

Alle eventuele kosten waarvan de prestatiedatum betrekking heeft op het betreffende verzekerdenkwartaal dienen te worden tegen geboekt.

Het kan ook gaan om een correctie van de waarde in de BASIC-rubriek Totale inschrijfduur in dagen Zvw. In dit geval wordt de BASIC-rubriek Totale inschrijfduur in dagen Zvw via een correctieverzekerdenrecord met de juiste waarde (niet zijnde waarde '0') gevuld. Alle eventuele kosten waarvan de prestatiedatum betrekking heeft op vervallen dagen in het betreffende verzekerdenkwartaal dienen te worden tegen geboekt.

Zolang de kosten (nog) niet zijn tegen geboekt, staan er in BASIC kostenrecords zonder een 'actief' verzekerdenrecord.

Een reeds aangeleverd record waarin de vermelde kosten te hoog zijn, kan in een volgend kwartaal worden gecorrigeerd in de vorm van een tegenboeking. Hiervoor dient men een kostenrecord aan te leveren waarbij in de BASIC-rubriek Kosten voor rekening van de verzekeraar en/of Eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw het bedrag staat waarmee de reeds aangeleverde kosten gecorrigeerd moeten worden en waarbij de BASIC-rubrieken Jaaraanduiding van de prestatiedatum en Kwartaalaanduiding van de prestatiedatum betrekking hebben op een voorgaande, de te corrigeren periode. Tevens dient men de BASIC-rubriek Debet/Credit (behorend bij de BASIC-rubriek Kosten voor rekening van de verzekeraar) en/of Debet/Credit (behorend bij de BASIC-rubriek Eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw) met de waarde 'C' van Credit te vullen. De foutieve kostengegevens zullen worden gecorrigeerd door deze correctieboeking.

Een reeds aangeleverd record met te lage kosten kan in een volgend kwartaal via een 'normale' debetboeking worden aangevuld, waarbij uiteraard de BASIC-rubrieken Jaaraanduiding van de prestatiedatum en Kwartaalaanduiding van de prestatiedatum betrekking hebben op een voorgaande, de te corrigeren periode.

Van het detailrecord kostengegevens kunnen wijzigingen in alle BASIC-rubrieken behalve de BASIC-rubrieken Kenmerk record en BSN, leiden tot correctierecords.

Nog geen BSN bekend

Het kan voorkomen dat er van een verzekerde nog geen BSN bekend is. In dit geval dient u in het detailrecord verzekerden- en kostengegevens de BASIC-rubriek BSN met de waarde '0' te vullen. Wanneer in een volgende kwartaalaanlevering het BSN bekend is, dient er alsnog een verzekerdenrecord met terugwerkende kracht te worden aangeleverd waarin de BASIC-rubriek BSN gevuld is. Het kostenrecord dient niet opnieuw te worden aangeleverd. Een dergelijke heraanlevering is niet nodig, omdat de verwerkingssystematiek een juiste verwerking van het reeds aanwezige kostenrecord waarborgt.

Voorbeeld correctie verzekerdenrecord: stel dat een verzekerde sinds 15 april 2006 staat ingeschreven voor de ZVW, hij heeft geen aanvullende verzekeringen en zijn postcode is vanaf het moment van inschrijven '3136ZT'. Op 29 juni 2006 ontdekt de verzekerde dat zijn ingangsdatum ZVW

1 april 2006 moet zijn en geeft dit door aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verwerkt deze mutatie op 18 juli 2006. De wijziging van de ingangsdatum Zvw over het tweede kwartaal 2006 wordt pas in het derde kwartaal van 2006 door de zorgverzekeraar verwerkt. Dit levert een mutatie met terugwerkende kracht op. Het reeds aangeleverde verzekerdenrecord over het tweede kwartaal 2006 is met betrekking tot de BASIC-rubriek Totale inschrijfduur in dagen Zvw niet meer correct. Er dient door de zorgverzekeraar in het derde kwartaal van 2006 een nieuw record met verzekerdengegevens over het tweede kwartaal 2006 te worden aangeleverd met de nieuwe totale inschrijfduur in dagen Zvw. Dit record zal de gegevens over het tweede kwartaal 2006 vervangen. Indien verzekerde in het derde kwartaal 2006 ook bij dezelfde zorgverzekeraar staat ingeschreven, zal door de zorgverzekeraar naast het record met de correctieboeking een record met de gegevens over het derde kwartaal 2006 worden aangeleverd. Dit voorbeeld is uitgewerkt in hoofdstuk 8 in detailrecords van het verzekerdenbestand : recnr. 3 en 4.

Voorbeeld correctie verzekerdenrecord: stel dat een verzekerde ten onterecht blijkt te zijn ingeschreven in het tweede kwartaal 2006. Dit komt in het derde kwartaal aan het licht. Dit levert een mutatie met terugwerkende kracht op. Dit record zal de gegevens over het tweede kwartaal 2006 vervangen. Dit voorbeeld is uitgewerkt in hoofdstuk 8 in detailrecords van het verzekerdenbestand : recnr. 6.

Voorbeeld correctie kostenrecord: stel dat er voor een verzekerde twee declaraties betreffende Kosten kraamzorg zijn verwerkt (ter betaling gesteld) in het tweede kwartaal 2006. Het ging om een totaal bedrag van € 600,-. Nu blijkt dat een van de twee declaraties ten onrechte is gedeclareerd. Het gaat om een bedrag van € 200,-. Door de zorgverzekeraar wordt hiervoor in het derde kwartaal 2006 een creditboeking gedaan. Er dient door de zorgverzekeraar bij de aanlevering van het derde kwartaal van 2006 een record met Kosten kraamzorg over het tweede kwartaal 2006 te worden aangeleverd met het bedrag waarmee de oorspronkelijke nota gecorrigeerd moet worden. In dit geval is het een verlaging van het bedrag en de BASIC-rubriek Debet/Credit (behorend bij de BASIC-rubriek Kosten voor rekening van de verzekeraar) dient met een 'C' gevuld te worden. Dit record zal de gegevens over het tweede kwartaal 2006 corrigeren. Dit voorbeeld is uitgewerkt in hoofdstuk 8 in detailrecords van het kostenbestand Zvw : recnr. 6.

3.14 Volmachten

De volmachten dienen de BASIC-bestanden aan te leveren met de eigen uzovicode. De BASIC-rubriek Code zorgverzekeraar dient gevuld te zijn met de uzovicode van de volmachtverzekeraar. Dit geldt ook voor de Code zorgverzekeraar in de bestandsnaam.

3.15 Wijze van aanleveren van de kwartaalbestanden

Het is verplicht om bij het aanleveren van de BASIC-bestanden te voldoen aan de volgende vereisten:

- Aangemaakt in ASCII-formaat met het oog op de verwerking door Vektis;
- Gecomprimeerd door te zippen, zodat het te verzenden bestand zo klein mogelijk is;

- Aanlevering aan Vektis via upload naar het beveiligde dataportaal ter bescherming van privacygevoelige gegevens.

3.16 Controle kwaliteit bestand

Vektis voert op de aangeleverde bestanden een aantal kwaliteitscontroles uit. We starten met een technische controle op onder meer regellengte en aanwezigheid van voorloop-, sluit- en detailrecords. Indien een aangeleverd bestand niet aan de gestelde normen voldoet, zoekt Vektis in overleg met de zorgverzekeraar naar een oplossing. Dit kan leiden tot een verzoek om heraanlevering van het bestand met verbeterde gegevens. Vektis voert zelf geen aanpassingen door in de bestanden die de zorgverzekeraars aanleveren.

Is een bestand technisch correct bevonden, dan voert Vektis vervolgens een uitgebreide inhoudelijke controle uit aan de hand van een protocol met kwaliteitseisen. Indien nodig volgt een terugkoppeling naar de verzekeraar.

4. Verzekerdenbestand

4.1 Algemeen

Het bestand dient te beginnen met het voorlooprecord (de eerste regel) en te eindigen met het sluitrecord (de laatste regel).

In de beschrijving van de record layout van het verzekerdenbestand per recordtype verdient de inhoud van de volgende kolommen een nadere toelichting.

Type:

N = numeriek

AN = alfanumeriek

Format:

EE = eeuw

JJ = jaar

MM = maand

DD = dag

KK = kwartaal

NNNAA = 4 cijfers postcode met twee letters (postcode 6)

4.2 Beschrijving record layout verzekerdenbestand per recordtype

Het verzekerdenbestand kent drie recordtypen: voorlooprecord, detailrecord en sluitrecord. Elk recordtype in het verzekerdenbestand start met een eigen waarde, die is terug te vinden in de BASIC-rubriek Kenmerk record. De tekst hieronder beschrijft per recordtype de record layout en verdere specificaties van de BASIC-rubrieken.

Recordtype	Omschrijving
1	Voorlooprecord verzekerdenbestand
2	Detailrecord verzekerdenbestand
9	Sluitrecord verzekerdenbestand

4.2.1 Voorlooprecord verzekerdengegevens

Nr.	BASIC-rubriek	Lengte	Type	Format	Posities	Bereik	Uitleg
1	Kenmerk record	1	N		1 - 1	1	4.3.1
2	Versienummer	4	N		2 - 5		4.3.1

Nr.	BASIC-rubriek	Lengte	Type	Format	Posities	Bereik	Uitleg
3	Datum bestand	8	N	EEJMM DD	6 - 13		4.3.1
4	Uzovicode zorgverzekeraar	4	N		14 - 17	conform UZOVI- register Vektis	4.3.1
5	Uzovicode volmachthouder	4	N		18 - 21	0	4.3.1
6	Jaaraanduiding van de aanleverperiode	4	N	EEJJ	22 - 25	gelijk aan of groter dan 2006	4.3.1
7	Kwartaalaanduiding van de aanleverperiode	2	N	KK	26 - 27	01 t/m 04	4.3.1

4.2.2 Detailrecord verzekerdengegevens

Nr.	BASIC-rubriek	Lengte	Type	Format	Posities	Bereik	Uitleg
1	Kenmerk record	1	N		1 - 1	2	4.3.2
2	BSN	9	N		2 - 10		4.3.2
3	Verzekerdenidentificatie- nummer	15	N		11 - 25		4.3.2
4	Indicatie AV	1	N		26 - 26	0, 1	4.3.2
5	Jaaraanduiding van de verzekerdengegevens	4	N	EEJJ	27 - 30	gelijk aan of groter dan 2006	4.3.2
6	Kwartaalaanduiding van de verzekerdengegevens	2	N	KK	31 - 32	01 t/m 04	4.3.2
7	Aanwezig op de eerste dag van de eerste maand van het kwartaal Zvw	1	N		33 - 33	0, 1, 9	4.3.2
8	Aanwezig op de eerste dag van de tweede maand van het kwartaal Zvw	1	N		34 - 34	0, 1, 9	4.3.2
9	Aanwezig op de eerste dag van de derde maand van het kwartaal Zvw	1	N		35 - 35	0, 1, 9	4.3.2

Nr.	BASIC-rubriek	Lengte	Type	Format	Posities	Bereik	Uitleg
10	Totale inschrijfduur in dagen Zvw	2	N		36 - 37	0, 1 t/m 92, 99	4.3.2
11	Reden uitstroom Zvw	2	N		38 - 39	1, 2, 3, 99	4.3.2
12	Label	4	N		40 - 43	conform UZOVI- register Vektis	4.3.2
13	Contractvorm Zvw	2	N		44 - 45	1, 2, 99	4.3.2
14	Inhoud polis Zvw	2	N		46 - 47	1, 2, 30, 99	4.3.2
15	Hoogte vrijwillig eigen risico Zvw	3	N		48 - 50	0, 100, 200, 300, 400, 500	4.3.2
16	Geslacht	1	N		51 - 51	0, 1, 2, 9	4.3.2
17	Geboortedatum	8	N	EEJJMM DD	52 - 59		4.3.2
18	Postcode	6	AN	NNNN AA	60 - 65		4.3.2
19	Landcode	2	AN		66 - 67		4.3.2

4.2.3 Sluitrecord verzekerdengegevens

Nr.	BASIC-rubriek	Lengte	Type	Format	Posities	Bereik	Uitleg
1	Kenmerk record	1	N		1 - 1	9	4.3.3
2	Aantal detailrecords verzekerden	9	N		2 - 10		4.3.3
3	Totaal aantal records	9	N		11 - 19		4.3.3

4.3 Beschrijving BASIC-rubrieken verzekerdenbestand per recordtype

Deze paragraaf geeft per recordtype een omschrijving van alle BASIC-rubrieken in het verzekerdenbestand.

4.3.1 Voorlooprecord verzekerdengegevens

Rubriek 1: Kenmerk record

Identificatie van het recordtype.

Lengte: 1

Type: N

Bereik: Voor het voorlooprecord moet dit waarde 1 zijn

Rubriek 2: Versienummer

Volgnummer van de formele uitgifte van een aangepast document "Aanleverspecificatie bestanden BASIC". Het nummer wordt in volgorde van uitgifte bepaald. Voor de notatie zie hoofdstuk 2 onder 'Versiebeheer'.

Lengte: 4

Type: N

Bijzonderheden: Voor bijvoorbeeld de versie van 1 januari 2019 een waarde van 0107

Rubriek 3: Datum bestand

Dit is de aanmaakdatum van het bestand. Deze datum is van belang om, wanneer er een nieuw bestand over dezelfde declaratieperiode/jaar wordt aangeleverd, de aanleveringen uit elkaar te kunnen houden.

Lengte: 8

Type: N

Format: EEJJMMDD

Rubriek 4: Uzovicode zorgverzekeraar

Deze rubriek dient gevuld te worden met de uzovicode van de zorgverzekeraar, die de verzekerden- en kostengegevens aanlevert. Indien een volmachthouder de verzekerden- en kostengegevens aanlevert, dient men hier de uzovicode van de volmachthouder te vermelden.

Lengte: 4

Type: N

Bijzonderheden: Uzovicode conform het UZOVI-register van Vektis

Rubriek 5: Uzovicode volmachthouder

Deze rubriek wordt niet meer gebruikt. Default met '0' vullen.

Lengte: 4

Type: N

Rubriek 6: Jaaraanduiding van de aanleverperiode

Het jaar van aanlevering van het verzekerdenbestand.

Lengte: 4

Type: N

Format: EEJJ

Bereik: Deze rubriek dient gevuld te worden met een waarde gelijk aan of groter dan 2006.

Rubriek 7: Kwartaalaanduiding van de aanleverperiode

Het kwartaal van aanlevering van het verzekerdenbestand.

Lengte: 2
Type: N
Format: KK
Bereik: 01, 02, 03 of 04

4.3.2 Detailrecord verzekerdengegevens

Rubriek 1: Kenmerk record

Identificatie van het recordtype.

Lengte: 1
Type: N
Bereik: Voor een detailrecord verzekerdengegevens moet dit waarde 2 zijn

Rubriek 2: BSN

Het Burger Service Nummer (BSN) van de verzekerde. Dit dient een geldig (geverifieerd) BSN te zijn. Indien het BSN nog niet bekend is, dan dient men deze rubriek met een '0' te vullen.

Lengte: 9
Type: N
Bijzonderheden: het BSN dient aan de 11-proef te voldoen en mag geen voorloophullenv bevatten

Rubriek 3: Verzekerdenidentificatienummer

De unieke (versleutelde) identificatie van de verzekerde, die door de jaren heen gelijk is en indien mogelijk aansluit bij de toenmalige nummering in WOVM of STAT (voor 2006). Deze rubriek dient altijd gevuld te zijn. De waarde '0' of leeg laten is niet toegestaan.

Lengte: 15
Type: N
Bijzonderheden: mag geen voorloophullenv bevatten

Rubriek 4: Indicatie AV

Indicatie of een verzekerde in het kwartaal een of meerdere aanvullende verzekeringen heeft. Indien verzekerde in het kwartaal recht heeft op vergoedingen uit een of meerdere aanvullende verzekeringen, dan dient deze rubriek met een '1' gevuld te worden. Heeft verzekerde in het kwartaal geen aanvullende verzekeringen, dan dient deze rubriek met een '0' gevuld te worden.

Lengte: 1
Type: N
Bereik: Hoofdstuk 7 (Codetabellen) geeft een overzicht van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden

Rubriek 5: Jaaraanduiding van de verzekerdengegevens

Jaaraanduiding van de periode waarvoor de verzekerdengegevens geldig zijn.

Lengte: 4

Type: N

Format: EEJJ

Bereik: Deze rubriek dient gevuld te worden met een waarde gelijk aan of groter dan 2006

Rubriek 6: Kwartaalaanduiding van de verzekerdengegevens

Kwartaalaanduiding van de periode waarvoor de verzekerdengegevens geldig zijn.

Lengte: 2

Type: N

Format: KK

Bereik: 01, 02, 03 of 04

Rubriek 7 Aanwezig op de eerste dag van de eerste maand van het kwartaal Zvw

Indien een verzekerde op de eerste dag van de eerste maand van het kwartaal stond ingeschreven volgens de Zvw, dan dient deze rubriek met een '1' gevuld te worden. Stond de verzekerde niet ingeschreven, dan dient deze rubriek met een '0' gevuld te worden. Heeft een verzekerde alleen een aanvullende verzekering, dan dient hier een '9' te worden ingevuld.

Lengte: 1

Type: N

Bereik: In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden

Rubriek 8: Aanwezig op de eerste dag van de tweede maand van het kwartaal Zvw

Indien een verzekerde op de eerste dag van de tweede maand van het kwartaal stond ingeschreven volgens de Zvw, dan dient deze rubriek met een '1' gevuld te worden. Stond de verzekerde niet ingeschreven, dan dient deze rubriek met een '0' gevuld te worden. Heeft een verzekerde alleen een aanvullende verzekering, dan dient hier een '9' te worden ingevuld.

Lengte: 1

Type: N

Bereik: In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden

Rubriek 9: Aanwezig op de eerste dag van de derde maand van het kwartaal Zvw

Indien een verzekerde op de eerste dag van de derde maand van het kwartaal stond ingeschreven volgens de Zvw, dan dient deze rubriek met een '1' gevuld te worden. Stond de verzekerde niet ingeschreven, dan dient deze rubriek met een '0' gevuld te worden. Heeft een verzekerde alleen een aanvullende verzekering, dan dient hier een '9' te worden ingevuld.

Lengte: 1

Type: N

Bereik: In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden

Rubriek 10: Totale inschrijfduur in dagen Zvw

De totale inschrijfduur in dagen in het desbetreffende kwartaal. De inschrijfduur van een verzekerde is af te leiden door de eerste datum van inschrijving in een kwartaal te vergelijken met de laatste datum van inschrijving in een kwartaal. Indien een verzekerde in een kwartaal twee korte periodes verzekerd is geweest die niet op elkaar aansloten, dan is de totale inschrijfduur het totaal van beide periodes. De waarde 0 kan voorkomen als gevolg van een correctieboeking zowel voor de Zvw (met of zonder aanvullende verzekeringen) als voor de (losse) AV. De waarden 1 t/m 92 komen voor in alle gevallen dat een verzekerde actief verzekerd is geweest in een kwartaal voor de Zvw met of zonder aanvullende verzekeringen. De waarde 99 komt alleen voor als een verzekerde enkel aanvullend verzekerd is geweest in het desbetreffende kwartaal.

Hierbij is het zaak rekening te houden met schrikkeljaren, aangezien in deze jaren het eerste kwartaal een extra dag kent.

Lengte: 2

Type: N

Bereik: 0, 1 t/m 92 en 99

Rubriek 11: Reden uitstroom Zvw

In deze rubriek wordt aangegeven of een verzekerde is uitgestroomd en zo ja, op welke grond dit heeft plaatsgevonden.

Lengte: 2

Type: N

Bereik: In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden

Rubriek 12: Label

Deze rubriek dient gevuld te worden indien een zorgverzekeraar verschillende merken binnen zijn maatschappij wil onderscheiden en hiervoor een nummer heeft aangevraagd welke wordt beheerd in het Uzovi-register van Vektis. Een zorgverzekeraar kan meerdere merken onderscheiden. Indien men geen labels wenst uit te splitsen, dan wordt hier '0' vermeld.

Lengte: 4

Type: N

Bijzonderheden: Uzovicode van het label conform het Uzovi-register van Vektis

Rubriek 13: Contractvorm Zvw

In deze rubriek wordt aangegeven of een verzekerde volgens een individueel afgesloten overeenkomst dan wel volgens een collectief contract verzekerd is.

Lengte: 2

Type: N

Bereik: *In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden*

Rubriek 14: Inhoud polis Zvw

In deze rubriek wordt aangegeven of in de polis van verzekerde sprake is van al dan niet (gedeeltelijk) gecontracteerde zorg.

Lengte: 2

Type: N

Bereik: *In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden*

Rubriek 15: Hoogte vrijwillig eigen risico Zvw

Indeling van de vrijwillige eigen risico's voor de Zvw naar de hoogte van het eigen risico. Het betreft het eigen risico van de verzekerde op jaarbasis conform de polis. Indien een verzekerde niet het gehele jaar verzekerd is geweest, waardoor niet het volle eigen risico is berekend, dan dient toch bij deze rubriek het eigen risico op jaarbasis vermeld te worden. Het betreft hier het eventuele vrijwillige eigen risico boven het binnen de Zvw verplichte eigen risico.

Lengte: 3

Type: N

Bereik: *In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden*

Rubriek 16: Geslacht

Het geslacht van de verzekerde. Indien men in het systeem het geslacht van de verzekerden niet vastlegt, dan dient men deze rubriek met een '9' te vullen. Houdt men het geslacht van de verzekerden wel vast in het systeem, maar is het voor een bepaalde verzekerde onbekend, dan dient men deze rubriek met een '0' te vullen.

Lengte: 1

Type: N

Bereik: *In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden*

Rubriek 17: Geboortedatum

De geboortedatum van de verzekerde.

Lengte: 8

Type: N

Format: EEJJMMDD

Rubriek 18: Postcode

De postcode van het woonadres van de verzekerde is inclusief letters en volgens de laatst bekende stand in het kwartaal (zie hoofdstuk 3.7). Het gebruik van postbusadressen is niet toegestaan. Indien een verzekerde in het buitenland woont, dan dient deze rubriek met een '0' gevuld te worden.

Lengte: 6
Type: AN
Format: NNNNAA

Rubriek 19: Landcode

Deze rubriek dient met de landcode gevuld te worden van het land waarin verzekerde woonachtig is volgens de laatst bekende stand in het kwartaal (zie hoofdstuk 3.7). Voor een verzekerde woonachtig in Nederland dient deze rubriek met 'NL' gevuld te worden.

Lengte: 2
Type: AN

Bijzonderheden: Raadpleeg voor geldige landcodes codelijst COD032-NEN, ook te vinden via www.vektis.nl

4.3.3 Sluitrecords verzekerdengegevens

Rubriek 1: Kenmerk record

Identificatie van het recordtype.

Lengte: 1
Type: N
Bereik: Voor een sluitrecord moet dit waarde 9 zijn

Rubriek 2: Aantal detailrecords verzekerden

Het aantal in het verzekerdenbestand aangeleverde detailrecords.

Lengte: 9
Type: N

Rubriek 3: Totaal aantal records

Het totaal aantal records in het bestand, inclusief voorloop- en sluitrecord.

Lengte: 9
Type: N

5. Kostenbestand

5.1 Algemeen

Het kostenbestand dient te beginnen (de eerste regel) met het voorlooprecord en te eindigen (de laatste regel) met het sluitrecord.

In de beschrijving van de record layout van het kostenbestand per recordtype verdient de inhoud van de volgende kolommen een nadere toelichting.

Type:

N = numeriek
AN = alfanumeriek

Format:

EE = eeuw
JJ = jaar
MM = maand
DD = dag
KK = kwartaal

5.2 Beschrijving record layout kostenbestand per recordtype

Het kostenbestand kent drie recordtypen: voorlooprecord, detailrecord en sluitrecord. Elk recordtype in het kostenbestand heeft een eigen waarde die is terug te vinden in de BASIC-rubriek Kenmerk record. De detailrecords in het kostenbestand maken op verzekerdenniveau onderscheid naar kosten per prestatie. De tekst hieronder beschrijft per recordtype de record layout en verdere specificaties van de BASIC-rubrieken.

Recordtype	Omschrijving
1	Voorlooprecord kostenbestand
3/4	Detailrecord kostenbestand
9	Sluitrecord kostenbestand

5.2.1 Voorlooprecord kostengegevens

Nr.	BASIC-rubriek	Lengte	Type	Format	Posities	Bereik	Uitleg
1	Kenmerk record	1	N		1 - 1	1	5.3.1
2	Versienummer	4	N		2 - 5		5.3.1
3	Datum bestand	8	N	EEJJMMDD	6 - 13		5.3.1

Nr.	BASIC-rubriek	Lengte	Type	Format	Posities	Bereik	Uitleg
4	Uzovicode zorgverzekeraar	4	N		14 - 17	conform UZOVI-register Vektis	5.3.1
5	Uzovicode volmachthouder	4	N		18 - 21	0	5.3.1
6	Jaaraanduiding van de aanleverperiode	4	N	EEJJ	22 - 25	gelijk aan of groter dan 2006	5.3.1
7	Kwartaalaanduiding van de aanleverperiode	2	N	KK	26 - 27	01 t/m 04	5.3.1
8	Valutacode	3	AN		28 - 30	EUR (= euro)	5.3.1

5.2.2 Detailrecord kostengegevens

Nr.	BASIC-rubriek	Lengte	Type	Format	Posities	Bereik	Uitleg
1	Kenmerk record	1	N		1 - 1	3, 4	5.3.2
2	BSN	9	N		2 - 10		5.3.2
3	Verzekerdenidentificatienummer	15	N		11 - 25		5.3.2
4	Prestatiecode	4	N		26 - 29		5.3.2 + 6.1
5	Jaaraanduiding van de prestatiedatum	4	N	EEJJ	30 - 33	gelijk aan of groter dan 2006	5.3.2
6	Kwartaalaanduiding van de prestatiedatum	2	N	KK	34 - 35	01 t/m 04, 99	5.3.2
7	Kostenbedrag voor rekening van de verzekeraar	12	N	in eurocenten	36 - 47		5.3.2
8	Debet/Credit (behorend bij de BASIC-rubriek Kostenbedrag voor rekening van de verzekeraar)	1	AN		48 - 48	D, C	5.3.2
9	Eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw	12	N	in eurocenten	49 - 60		5.3.2

Nr.	BASIC-rubriek	Lengte	Type	Format	Posities	Bereik	Uitleg
10	Debet/Credit (behorend bij de rubriek Eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw)	1	AN		61 - 61	D, C	5.3.2

5.2.3 Sluitrecord kostengegevens

Nr.	BASIC-rubriek	Lengte	Type	Format	Posities	Bereik	Uitleg
1	Kenmerk record	1	N		1 - 1	9	5.3.3
2	Aantal detailrecords kostenbestand	9	N		2 - 10		5.3.3
3	Totaal aantal records	9	N		11 - 19		5.3.3
4	Totaal kostenbedrag voor rekening van de verzekeraar	12	N	in eurocenten	20 - 31		5.3.3
5	Debet/Credit (behorend bij de rubriek Totaal kostenbedrag voor rekening van de verzekeraar)	1	AN		32 - 32	D, C	5.3.3
6	Totaal eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw	12	N	in eurocenten	33 - 44		5.3.3
7	Debet/Credit (behorend bij de rubriek Totaal eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw)	1	AN		45 - 45	D, C	5.3.3

5.3 Beschrijving BASIC-rubrieken kostenbestand per recordtype

In het kostenbestand komen verschillende recordtypen voor. Per recordtype wordt per BASIC-rubriek een omschrijving van de inhoud gegeven.

5.3.1 Voorlooprecord kostengegevens

Rubriek 1: Kenmerk record

Identificatie van het recordtype.

Lengte: 1

Type: N

Bereik: Voor een voorlooprecord moet dit waarde 1 zijn

Rubriek 2: Versienummer

Volgnummer van de formele uitgifte van een aangepast document "Aanleverspecificatie bestanden BASIC". Het nummer wordt in volgorde van uitgifte bepaald. Voor de notatie zie hoofdstuk 2 onder 'Versiebeheer'.

Lengte: 4

Type: N

Bijzonderheden: Voor bijvoorbeeld de versie van 1 januari 2019 een waarde van 0107

Rubriek 3: Datum bestand

Het betreft de aanmaakdatum van het bestand. Deze datum is van belang om, wanneer er een nieuw bestand over dezelfde declaratieperiode/jaar wordt aangeleverd, de aanleveringen uit elkaar te kunnen houden.

Lengte: 8

Type: N

Format: EEJJMMDD

Rubriek 4: Uzovicode zorgverzekeraar

Deze rubriek dient gevuld te worden met de uzovicode van de zorgverzekeraar, die de verzekerden- en kostengegevens aanlevert. Indien een volmachthouder de verzekerden- en kostengegevens aanlevert, dient men hier de uzovicode van de volmachthouder te vermelden.

Lengte: 4

Type: N

Bijzonderheden: Uzovicode conform het UZOVI-register van Vektis.

Rubriek 5: Uzovicode volmachthouder

Deze rubriek wordt niet meer gebruikt. Default met '0' vullen.

Lengte: 4

Type: N

Rubriek 6: Jaaraanduiding van de aanleverperiode

Het jaar van aanlevering van het kostenbestand.

Lengte: 4

Type: N

Format: EEJJ

Bereik: Deze rubriek dient gevuld te worden met een waarde gelijk aan of groter dan 2006

Rubriek 7: Kwartaalaanduiding van de aanleverperiode

Het kwartaal van aanlevering van het kostenbestand.

Lengte: 2

Type: N
Format: KK
Bereik: 01, 02, 03 of 04

Rubriek 8: Valutacode

De gebruikte soort valuta.

Lengte: 3
Type: AN
Bereik: De alfanumerieke waarde die in deze rubriek kan voorkomen is EUR

5.3.2 Detailrecord kostengegevens

Rubriek 1: Kenmerk record

Identificatie van het recordtype. Detailrecords met kostengegevens bevatten debet- of creditbedragen per prestatie en zijn uitsluitend op verzekerdenniveau.

Lengte: 1
Type: N
Bereik: Voor een detailrecord kostengegevens moet dit waarde 3 zijn

Rubriek 2: BSN

Het Burger Service Nummer (BSN) van de verzekerde. Dit dient een geldig (geverifieerd) BSN te zijn. Indien het BSN nog niet bekend is, dan dient men deze rubriek met een '0' te vullen.

Lengte: 9
Type: N
Bijzonderheden: het BSN dient aan de 11-proef te voldoen en mag geen voorloophullenv bevatten

Rubriek 3: Verzekerdenidentificatienummer

De unieke (versleutelde) identificatie van de verzekerde, die door de jaren heen gelijk is en indien mogelijk aansluit bij de toenmalige nummering in WOVM of STAT (voor 2006). Deze rubriek dient altijd gevuld te zijn met een nummer. De waarde '0' of leeg laten is niet toegestaan.

Lengte: 15
Type: N
Bijzonderheden: mag geen voorloophullenv bevatten

Rubriek 4: Prestatiecode

De zorgkosten die worden vergoed onder de Zvw of aanvullende verzekeringen zijn onderverdeeld naar prestatiecodes. Van deze zorgkosten geeft hoofdstuk 6 per prestatiecode aan toelichting.

Lengte: 4
Type: N
Bereik: In hoofdstuk 7, Codetabellen wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden

Rubriek 5: Jaaraanduiding van de prestatiedatum

Jaaraanduiding van de datum waarop de prestatie heeft plaatsgevonden.

Lengte: 4

Type: N

Format: EEJJ

Bereik: Deze rubriek dient gevuld te worden met een waarde gelijk aan of groter dan 2006

Rubriek 6: Kwartaalaanduiding van de prestatiedatum

Kwartaalaanduiding van de datum waarop de prestatie heeft plaatsgevonden.

Lengte: 2

Type: N

Format: KK

Bereik: 01, 02, 03 of 04

Rubriek 7: Kosten voor rekening van de verzekeraar

Het bedrag in eurocenten dat een zorgverzekeraar in een kwartaal voor betaling aan een zorgverlener of verzekerde heeft verwerkt. Het bedrag is inclusief eventueel over de prestatie geheven BTW.

Voor de kosten onder de **Zorgverzekeringswet** gaat het om de kosten die door de zorgverzekeraar in een bepaald kwartaal worden verwerkt (ter betaling gesteld) conform de polisvoorwaarden. Dat wil zeggen dat eigen betalingen door verzekerden, zijnde eigen betalingen conform de polisvoorwaarden en eigen betalingen die worden gedaan op grond van wettelijke bepalingen, niet tot de kosten voor de zorgverzekeraar worden gerekend. Eigen betalingen conform de polisvoorwaarden worden apart opgevraagd in rubriek 9. Het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico tellen dus wel mee als kosten voor de zorgverzekeraar in het kader van de risicoverevening.

Van eigen betalingen conform de polisvoorwaarden kan sprake zijn wanneer verzekerde gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg. Wettelijke eigen betalingen betreffen onder meer de eigen betalingen bij een maximum aantal behandelingen c.q. een maximum vergoeding in de aanspraak Zvw, maar ook besparingsbijdragen en bijbetalingen per prestatie.

Indien het om kosten gaat uit de **aanvullende verzekeringen**, dan dient deze rubriek gevuld te worden met het bedrag van de prestaties dat in een bepaald kwartaal voor rekening komt van de zorgverzekeraar conform de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering. Eigen betalingen die worden gedaan op grond van de verzekeringsvoorwaarden blijven volledig buiten de opgave. Het betreft onder meer de eigen betalingen bij een maximum aantal behandelingen c.q. een maximum vergoeding voor een prestatie, maar ook bijbetalingen per prestatie.

Voorbeelden van de boekwijze van kosten Zorgverzekeringswet in BASIC:

Voorbeeld 1

Verzekerde heeft een naturapolis met een verplicht eigen risico van € 350,- en een vrijwillig eigen risico van € 200,-. Volgens de polisvoorwaarden wordt bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg maximaal 90% van het in rekening gebrachte tarief vergoed. De verzekerde wordt behandeld in een gecontracteerd ziekenhuis. Het ziekenhuis declareert € 1.000,-.

Vastlegging in BASIC:

rubriek 7 kosten voor rekening van de verzekeraar	€ 1.000,-
rubriek 8 eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw	€ 0,-

Toelichting. De verzekerde dient weliswaar € 550,- te betalen vanwege het verplichte en vrijwillige eigen risico, maar deze eigen betalingen worden in het kader van de risicoverevening gerekend tot de kosten die voor rekening van de verzekeraar komen (rubriek 7).

Voorbeeld 2

Verzekerde heeft een naturapolis met een verplicht eigen risico van € 350,- en een vrijwillig eigen risico van € 200,-. Volgens de polisvoorwaarden wordt bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg maximaal 90% van het in rekening gebrachte tarief vergoed. De verzekerde wordt behandeld in een *niet-gecontracteerd* ziekenhuis. Het ziekenhuis declareert € 1.000,-. Vastlegging in BASIC:

rubriek 7 kosten voor rekening van de verzekeraar	€ 900,-
rubriek 8 eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw	€ 100,-

Toelichting. Conform de polisvoorwaarden komt 10% van het gedeclareerde bedrag voor rekening van de verzekerde zelf. Dit bedrag wordt geboekt onder de rubriek Eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw. Het door de verzekerde te betalen bedrag in verband met het eigen risico (verplicht en vrijwillig) wordt in het kader van de risicoverevening gerekend tot de kosten die voor rekening van de verzekeraar komen (rubriek 7).

Lengte: 12

Type: N

Format: Bedragen in eurocenten

Bijzonderheden: *Via de rubriek Debet/Credit (behorend bij de rubriek Kosten voor rekening van de verzekeraar) dient aangegeven te worden of het een positief dan wel negatief bedrag betreft.*

Rubriek 8: Debet/Credit (behorend bij de rubriek Kosten voor rekening van de verzekeraar)

Indicatie of het een betaling dan wel terugboeking betreft. Indien er sprake is van een terugboeking, dan dient deze rubriek met de C van credit gevuld te worden. Zie voor een nadere toelichting van Debet/Credit boekingen paragraaf 3.12.

Lengte: 1

Type: AN

Bereik: *In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden*

Rubriek 9: Eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw

Een 'eigen betaling door de verzekerde onder de Zvw' is dat deel van de door de zorgverlener gedeclareerde kosten dat volgens de **polisvoorwaarden** voor rekening van de verzekerde komt, uitgezonderd het verplichte en eventueel vrijwillige eigen risico en de no-claim (tot 1 januari 2008). In

principe gaat het in deze rubriek om de conform de polisvoorwaarden verschuldigde eigen betalingen voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg.

Eigen betalingen die worden gedaan op grond van **wettelijke bepalingen**, blijven volledig buiten de opgave. Het betreft onder meer de eigen betalingen bij een maximum aantal behandelingen c.q. een maximum vergoeding in de aanspraak Zvw, maar ook besparingsbijdragen en bijbetalingen per prestatie.

Is er geen sprake van een eigen betaling, dan vult men een '0' in.

Deze rubriek is alleen van toepassing voor verzekerden met kosten verwerkt conform de Zvw. In geval van kosten verwerkt conform de aanvullende verzekeringen wordt hier altijd een bedrag van € 0 ingevuld.

Lengte: 12

Type: N

Format: Bedragen in eurocenten

Bijzonderheden: *Via de rubriek Debet/Credit (behorend bij de rubriek Eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw) dient aangegeven te worden of het een positief dan wel negatief bedrag betreft*

Rubriek 10: Debet/Credit (behorend bij de rubriek Eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw)

Indicatie of het een betaling dan wel terugboeking betreft. Indien er sprake is van een terugboeking, dan dient deze rubriek met de C van credit gevuld te worden. Zie voor een nadere toelichting van Debet/Credit boekingen paragraaf 3.12.

Lengte: 1

Type: AN

Bereik: *In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden*

5.3.3 Sluitrecord kostengegevens

Rubriek 1: Kenmerk record

Identificatie van het recordtype.

Lengte: 1

Type: N

Bereik: *Voor een sluitrecord moet dit waarde 9 zijn*

Rubriek 2: Aantal detailrecords kosten

Het aantal in het kostenbestand aangeleverde detailrecords.

Lengte: 9

Type: N

Rubriek 3: Totaal aantal records

Het totaal aantal in het kostenbestand aangeleverde records, inclusief voorloop- en sluitrecord.

Lengte: 9

Type: N

Rubriek 4: Totaal kostenbedragen voor rekening van de verzekeraar

Het totaalbedrag in eurocenten van deze rubriek van alle declaraties samen in de aanleverperiode. Hierbij dient rekening te worden gehouden met Debet/Credit boekingen in de afzonderlijke records.

Lengte: 12

Type: N

Format: Bedragen in eurocenten

Bijzonderheden: *Via de rubriek Debet/Credit (behorend bij de rubriek Totaal kostenbedragen voor rekening van de verzekeraar) dient aangegeven te worden of het totale bedrag een positief dan wel een negatief bedrag betreft*

Rubriek 5: Debet/Credit (behorend bij de rubriek Totaal kostenbedragen voor rekening van de verzekeraar)

Indien de waarde in de rubriek Totaal kostenbedragen voor rekening van de zorgverzekeraar groter of gelijk is aan 0 dan dient deze rubriek met een 'D' gevuld te worden. Is de waarde kleiner dan 0 dan dient deze rubriek met een 'C' gevuld te worden.

Lengte: 1

Type: AN

Bereik: *In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden*

Rubriek 6: Totaal eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw

Het totaal bedrag (van deze rubriek) in eurocenten van alle declaraties samen in de aanleverperiode.

Lengte: 12

Type: N

Format: Bedragen in eurocenten

Bijzonderheden: *Via de rubriek Debet/Credit (behorend bij de rubriek Totaal eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw) dient aangegeven te worden of het totale bedrag een positief/0 dan wel negatief bedrag betreft*

Rubriek 7: Debet/Credit (behorend bij de rubriek Totaal eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw)

Indien de waarde in de rubriek Totaal eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw groter of gelijk is aan 0 dan dient deze rubriek met een 'D' gevuld te worden. Is de waarde kleiner dan 0 dan dient deze rubriek met een 'C' gevuld te worden.

Lengte: 1

Type: AN

Bereik: *In hoofdstuk 7 'Codetabellen' wordt een overzicht gegeven van de waarden waarmee deze rubriek gevuld dient te worden.*

6. Specificatie kostengegevens

De zorgkosten waarvoor men verzekerd is onder de Zvw of aanvullende verzekeringen, worden onderverdeeld naar verschillende prestaties. Dit hoofdstuk geeft van alle prestaties een omschrijving met daarbij de bijbehorende BASIC-prestatiecode. Voor een deel van de prestaties geldt, dat er een verbijzondering in meerdere BASIC-prestatiecodes van toepassing is. De andere prestaties kennen een enkele BASIC-prestatiecode.

In hoofdstuk 7 staat een overzicht van de relatie tussen de BASIC-prestatiecodes en de codes van Zorginstituut Nederland.

De definitie van de BASIC-prestatiecodes volgt zo goed als mogelijk de definitie die het Zorginstituut hanteert bij de afrekening en financiële verantwoording.

6.1 Specificatie kostengegevens per prestatiecode Zvw

6.1.1 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Deze kostengegevens worden opgevraagd via meerdere prestatiecodes voor de verschillende kostensoorten:

- Kosten module praktijkondersteuning huisartsen (POH)
- Kosten achterstandsfonds
- Kosten module modernisering en innovatie (inclusief RIZ-tarieven)
- Kosten overige tarieven huisartsenzorg (waaronder passantentarieven)
- Kosten avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW)
- Kosten inschrijftarieven, inclusief een eventuele opslag voor digitaal declareren, exclusief moduletarium farmaceutische zorg apothekhoudende huisartsen en moduletarium scheiden van zorg en handel
- Kosten consulttarieven huisartsen
- Kosten module praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ
- Overige tarieven
- Verloskundige zorg door huisartsen
- Multidisciplinaire zorg (MDZ)
- Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen
- Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ

Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1101: Kosten module praktijkondersteuning huisartsen (POH)

Deze kosten worden opgevraagd in de jaarstaat van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft voor deze kosten geen aparte code.

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 1101, 1102, 1103 en 1104 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 503. Deze prestatiecode is van toepassing tot 1-1-2012. Per deze datum dienen deze kosten te worden verantwoord onder prestatiecode 1103.

Prestatiecode 1102: Kosten achterstandsfonds

Deze kosten worden opgevraagd in de jaarstaat van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft voor deze kosten geen apart code.

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 1101, 1102, 1103 en 1104 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 503.

Prestatiecode 1103: Kosten module modernisering en innovatie (inclusief RIZ-tarieven)

Deze kosten worden opgevraagd in de jaarstaat van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft voor deze kosten geen aparte code.

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 1101, 1102, 1103 en 1104 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 503.

Prestatiecode 1104: Kosten overige tarieven huisartsenzorg (waaronder passantentarieven)

Deze kosten worden opgevraagd in de jaarstaat van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft voor deze kosten geen aparte code. Via deze prestatiecode worden de overige kosten, uitgezonderd de modules vallend onder het code 503 van de jaarstaat van het Zorginstituut opgevraagd.

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 1101, 1102, 1103 en 1104 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 503.

Prestatiecode 1105: Kosten avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW)

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 504.

Prestatiecode 1106: Kosten inschrijftarieven (inclusief een eventuele opslag voor digitaal declareren, exclusief moduletarief farmaceutische zorg apotheekhoudende huisartsen en moduletarief scheiden van zorg en handel)

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 505.

Prestatiecode 1107: Kosten consulttarieven huisartsen

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 506.

Prestatiecode 1108: Kosten module praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 503 (tot 2015). Vanaf 2015 code 507.

Prestatiecode 1109: Kosten overige tarieven

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 507. Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2015.

Vanaf 1-1-2019 worden onder deze prestatiecode ook de kosten van Verloskundige zorg door huisartsen aangeleverd. Voor deze datum werden deze kosten aangeleverd onder de aparte prestatiecode 1402.

Prestatiecode 1110: Kosten multidisciplinaire zorg

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 510. Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2015.

Prestatiecode 1112: Kosten resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 515. Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2015.

Prestatiecode 1113: Kosten resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 516. Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2015.

6.1.2 Farmaceutische zorg

Deze kostengegevens worden opgevraagd via meerdere prestatiecodes namelijk:

- Kosten farmaceutische zorg (= totale kosten farmaceutische zorg, inclusief honoraria en praktijkkosten apothekers, exclusief modulair farmaceutische zorg door apotheekhoudende huisartsen en modulair scheiden van zorg en handel)
- Kosten modulair farmaceutische zorg door apotheekhoudende huisartsen en modulair scheiden van zorg en handel.

Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1201: Kosten farmaceutische zorg (= totale kosten farmaceutische zorg, inclusief honoraria en praktijkkosten apothekers, exclusief modulair farmaceutische zorg door apotheekhoudende huisartsen en modulair scheiden van zorg en handel)

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 1201 en 1202 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 520.

Prestatiecode 1202: Kosten modulair farmaceutische zorg door apotheekhoudende huisartsen en modulair scheiden van zorg en handel

Het Zorginstituut heeft voor deze kosten geen aparte code.

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 1201 en 1202 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 520.

6.1.3 Verpleging en verzorging

Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1251: Kosten verpleging en verzorging

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 530. Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2015.

6.1.4 Mondzorg

Deze kostengegevens worden opgevraagd via meerdere prestatiecodes, namelijk:

- Kosten mondzorg totaal
- Kosten mondzorg volwassen verzekerden
- Kosten mondzorg jeugdige verzekerden
- Kosten van gebitsprothesen
- Bijzondere betalingen mondzorg

Het verdient de voorkeur om deze kosten zoals hierboven gespecificeerd aan te leveren. Hiervoor zijn 4 prestatiecodes gedefinieerd. Deze sluiten aan op de jaarstaat van het Zorginstituut. Alleen indien het voor een verzekeraar niet mogelijk is om deze uitsplitsing te maken, kan men de prestatiecode 1301, kosten mondzorg totaal gebruiken.

Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1301: Kosten mondzorg totaal

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op het totaal van de volgende codes van de jaarstaat van het Zorginstituut : 561, 562, 560.1, 560.2.

Prestatiecode 1302: Kosten mondzorg volwassen verzekerden

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 560.1.

Prestatiecode 1303: Kosten mondzorg jeugdige verzekerden

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 560.2.

Prestatiecode 1304: Kosten gebitsprothesen

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 561.

Prestatiecode 1305: Bijzondere betalingen mondzorg

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 562. Deze prestatiecode is per 2012 vervallen.

6.1.5 Verloskundige zorg

Deze kostengegevens worden opgevraagd via meerdere prestatiecodes, namelijk:

- Kosten verloskundige zorg door verloskundigen

- Kosten verloskundige zorg door huisartsen.

Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1401: Kosten verloskundige zorg door verloskundigen

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 580.

Prestatiecode 1402: Kosten verloskundige zorg door huisartsen

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 581.

Vanaf 1-1-2019 is deze prestatiecode niet meer van toepassing en dienen deze kosten te worden aangeleverd onder prestatiecode 1109, Huisartsenzorg overige tarieven.

6.1.6 Medisch specialistische zorg

Deze kostengegevens worden opgevraagd via een prestatiecode. In het Informatiesysteem Ziekenhuiszorg (IZiZ) en diens opvolger QZ wordt een nadere detaillering van de kosten op declaratieniveau opgevraagd.

Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1501: Kosten medisch specialistische zorg

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op het totaal van de volgende codes welke in de verantwoording naar het Zorginstituut onder BASIC-rubriek 06 geboekt moeten worden:

- 545 Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie
- 546 Honoraria en kosten specialisten voor orthodontie (per 2012 vervallen)
- 606 Kosten verpleging in categorale ziekenhuizen (per 2012 vervallen)
- 607 Kosten revalidatie-instellingen (per 2009 vervallen)
- 608 Kosten zelfstandige audiologische centra (per 2007 vervallen)
- 610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg
- 611 Overige zorgproducten
- 612 Kosten add-ons (per 2019 vervallen)
- 612.1 Kosten add-ons dure geneesmiddelen
- 612.2 Kosten add-ons IC
- 613 Kosten van DBC's A-segment/DBC-zorgproduct gereguleerde segment
- 613.1 Integrale kosten van DBC-zorgproduct gereguleerde segment
- 614 Honoraria van DBC's A-segment/DBC-zorgproduct gereguleerde segment
- 615 Kosten van DBC's B-segment/DBC-zorgproduct vrije segment
- 615.1 Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment
- 616 Honoraria van DBC's B-segment/DBC-zorgproduct vrije segment
- 617 Kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten (per 2013 vervallen)
- 618 Kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen (per 2013 vervallen)
- 619 Integrale kosten extramuraal werkende specialisten.

6.1.7 Paramedische zorg

Deze kostengegevens worden opgevraagd via meerdere prestatiecodes, namelijk:

- Kosten fysiotherapie
- Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar
- Kosten logopedie
- Kosten ergotherapie
- Kosten dieetadvisering.

Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1601: Kosten fysiotherapie

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 620.

Prestatiecode 1602: Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 621.

Prestatiecode 1603: Kosten logopedie

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 623.

Prestatiecode 1604: Kosten ergotherapie

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 624.

Prestatiecode 1605: Kosten dieetadvisering

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 625.

6.1.8 Hulpmiddelenzorg

Deze kostengegevens worden opgevraagd via een prestatiecode. Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1701: Kosten hulpmiddelenzorg

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 640.

6.1.9 Ziekenvervoer

Deze kostengegevens worden opgevraagd via meerdere prestatiecodes, namelijk:

- Kosten vervoer per ambulance/helikopter
- Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto
- Opbrengstverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen

Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1801: Kosten vervoer per ambulance/helikopter

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 650.

Prestatiecode 1802: Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 651.

Prestatiecode 1803: Opbrengstverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 650.1.

Het betreft hier kosten die normaliter niet op verzekerdenniveau beschikbaar zijn en die via een bulkboeking in de fictieve jaarstaat worden opgegeven.

6.1.10 Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg

Deze kostengegevens worden opgevraagd via meerdere prestatiecodes, namelijk:

- Kosten eerstelijnspsychologische zorg (vervallen per 1 januari 2014);
- Kosten specialistische GGZ met verblijf;
- Kosten specialistische GGZ zonder verblijf: kosten van instellingen;
- Kosten specialistische GGZ zonder verblijf: kosten van zelfstandig gevestigden;
- Kosten persoonsgebonden budgetten GGZ (vervallen per 1 januari 2010);
- Kosten overige producten GGZ (vervallen per 1 januari 2014);
- Generalistische basis GGZ (vanaf 1 januari 2014);
- Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3, vanaf 1 januari 2015).

Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1851: Kosten eerstelijnspsychologische zorg

Bijzonderheden: Met ingang van 1 januari 2008 is deze BASIC-rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat. Vanaf 1 januari 2014 is deze prestatiecode niet meer van toepassing. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 660.

Prestatiecode 1852: Kosten specialistische GGZ met verblijf

Bijzonderheden: Met ingang van 1 januari 2008 is deze BASIC-rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 661.

Prestatiecode 1853: Kosten specialistische GGZ zonder verblijf: kosten van instellingen

Bijzonderheden: Met ingang van 1 januari 2008 is deze BASIC-rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 662.

Prestatiecode 1854: Kosten specialistische GGZ zonder verblijf: kosten van zelfstandig gevestigden

Bijzonderheden: Met ingang van 1 januari 2008 is deze BASIC-rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 662.

Prestatiecode 1855: Kosten persoonsgebonden budgetten GGZ

Bijzonderheden: Met ingang van 1 januari 2008 is deze BASIC-rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat. Vanaf 1 januari 2010 is deze prestatiecode niet meer van toepassing. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 663.

Prestatiecode 1856: Kosten overige producten GGZ

Bijzonderheden: Met ingang van 1 januari 2008 is deze BASIC-rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat. Vanaf 1 januari 2014 is deze prestatiecode niet meer van toepassing. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 664.

Prestatiecode 1857: Generalistische basis GGZ

Bijzonderheden: Met ingang van 1 januari 2014 is deze BASIC-rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 665.

Prestatiecode 1858: Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3)

Bijzonderheden: Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2015. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 661.1.

6.1.11 Geriatrische revalidatie en Eerstelijnsverblijf

Deze kostengegevens worden opgevraagd via een tweetal prestatiecodes. Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1880: Kosten geriatrische revalidatiezorg

Bijzonderheden: Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2013. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 670.

Prestatiecode 1881: Kosten eerstelijnsverblijf

Bijzonderheden: Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2018. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 671.

6.1.12 Kraamzorg

Deze kostengegevens worden opgevraagd via een prestatiecode. Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 1901: Kosten kraamzorg

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 680.

6.1.13 Diverse Overige kosten

Deze kostengegevens worden vanaf het derde kwartaal van 2006 opgevraagd via meerdere prestatiecodes:

- Overige kosten Ziekenhuiszorg en specialistische zorg
- Overige kosten Overige prestaties
- Overige kosten Niet nader te specificeren.

Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 2301: Overige kosten Ziekenhuiszorg en specialistische zorg

Bijzonderheden: Met ingang van de 3^e kwartaalstaat 2006 is deze BASIC-rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 700.

Prestatiecode 2302: Overige kosten Overige prestaties

Bijzonderheden: Met ingang van de 3^e kwartaalstaat 2006 is deze BASIC-rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 700.

Prestatiecode 2303: Overige kosten Niet nader te specificeren

Bijzonderheden: Met ingang van de 3^e kwartaalstaat 2006 is deze BASIC-rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 700.

Met ingang van 2007 is de verbijzondering van deze kosten gewijzigd. Vanaf dat moment dienen de prestatiecodes 2301 tot en met 2303 niet meer te worden gebruikt voor prestaties die betrekking hebben op 2007 of later.

Vanaf 1 januari 2007 is de volgende indeling van toepassing:

- Kosten in verband met de 'Beleidsregel geïntegreerde 1^e lijnszorg (tm. 31-07-2007) en 'Beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten' (vanaf 01-08-2007), onderverdeeld in:
 - Kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg;
 - Overige prestaties.
- Kosten in verband met de 'Beleidsregel geïntegreerde 1^e lijnszorg' (vanaf 01-08-2007)
- Overige kosten Niet nader te specificeren kosten.

Hieronder wordt per prestatiecode een toelichting gegeven en wordt aan de prestatiecodes een prestatiecode toegekend.

Prestatiecode 2304: Kosten i.v.m. de 'Beleidsregel geïntegreerde 1^e lijnszorg' (tm. 31-07-2007) en 'Beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten' (vanaf 01-08-2007) : Kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg

Bijzonderheden: Deze prestatiecode is van toepassing op prestaties vanaf 1 januari 2008. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 700.

Prestatiecode 2305: : Kosten i.v.m. de 'Beleidsregel geïntegreerde 1^e lijnszorg' (tm. 31-07-2007) en 'Beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten' (vanaf 01-08-2007) : Kosten overige prestaties

Bijzonderheden: Deze prestatiecode is van toepassing op prestaties vanaf 1 januari 2008. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 700.

Prestatiecode 2306: Kosten i.v.m. de 'Beleidsregel geïntegreerde 1^e lijnszorg' (vanaf 01-08-2007)

Bijzonderheden: Deze prestatiecode is van toepassing op prestaties vanaf 1 januari 2008. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 700.

Prestatiecode 2307: Overige kosten Niet nader te specificeren kosten

Bijzonderheden: Deze prestatiecode is van toepassing op prestaties vanaf 1 januari 2008. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 700. Hieronder worden vanaf 1-1-2019 ook begrepen de kosten voor Gecombineerde Leefstijl Interventie.

Vanaf 1 januari 2008 is voor de GGZ de volgende prestatiecode toegevoegd:

Prestatiecode 2308: Kosten i.v.m. de 'Beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten': Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Bijzonderheden: Deze prestatiecode is van toepassing op prestaties vanaf 1 januari 2008. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 700.

Prestatiecode 2309: Kosten Overige kosten geneeskundige zorg

Bijzonderheden: Deze prestatiecode is (met terugwerkende kracht) van toepassing op prestaties vanaf 1 juli 2013. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 701.

Prestatiecode 2310: Kosten zorg zintuiglijk gehandicapten

Bijzonderheden: Deze prestatiecode is van toepassing op prestaties vanaf 1 januari 2015. Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 702.

6.1.14 Grensoverschrijdende zorg

Tot en met 2012 worden deze kostengegevens opgevraagd via de volgende prestatiecodes:

- Kosten ziekenhuisverpleging en specialistische zorg
- Kosten overige prestaties
- Kosten geneeskundige zorg gericht op herstel van een psychiatrische aandoening en kosten van verblijf voor zover deze horen bij deze zorg.

Vanaf 2013 wordt het onderscheid tussen kosten via de zorgverzekeraar en via het Zorginstituut toegevoegd. Vanaf 2019 maakt het Zorginstituut dit onderscheid ook in de kostenverzamelstaat van de kwartaalstaat. De volgende indeling wordt gehanteerd:

- Kosten via de zorgverzekeraar: kosten ziekenhuiszorg
- Kosten via de zorgverzekeraar: kosten overige prestaties
- Kosten via de zorgverzekeraar: kosten geneeskundige zorg gericht op herstel van een psychiatrische aandoening en kosten van verblijf voor zover deze horen bij deze zorg
- Kosten via verbindingsorgaan.

Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 2001: Grensoverschrijdende zorg, kosten ziekenhuisverpleging en specialistische zorg

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 2001, 2002 en 2003 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 720. Deze prestatiecode is per 2013 vervallen.

Prestatiecode 2002: Grensoverschrijdende zorg, kosten overige prestaties

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 2001, 2002 en 2003 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 720. Deze prestatiecode is per 2013 vervallen.

Prestatiecode 2003: Grensoverschrijdende zorg, kosten geneeskundige zorg gericht op herstel van een psychiatrische aandoening en kosten van verblijf voor zover deze horen bij deze zorg

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 2001, 2002 en 2003 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 720. Deze prestatiecode is per 2013 vervallen.

Prestatiecode 2005: Grensoverschrijdende zorg, kosten via de zorgverzekeraar: kosten ziekenhuiszorg¹

¹ In de jaarstaat van het Zorginstituut van jaar t worden tevens de kosten via het Zorginstituut van jaar t conform de opgave van het Zorginstituut van begin t+1 opgenomen. Deze opmerking heeft eveneens betrekking op de prestatiecodes 2006 en 2007.

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 2005, 2006 en 2007 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 720. Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2013.

Prestatiecode 2006: Grensoverschrijdende zorg, kosten via de zorgverzekeraar: kosten GGZ

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 2005, 2006 en 2007 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 720. Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2013.

Prestatiecode 2007: Grensoverschrijdende zorg, kosten via de zorgverzekeraar: overige kosten

Bijzonderheden: Het totaal van de prestatiecodes 2005, 2006 en 2007 heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 720. Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2013.

Prestatiecode 2008: Grensoverschrijdende zorg, kosten via verbindingsorgaan

Bijzonderheden: Deze prestatiecode is van toepassing vanaf 1-1-2013.

6.1.15 Kwaliteitsgelden

Deze kostengegevens worden opgevraagd via een prestatiecode. Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 2101: Kosten kwaliteitsgelden

Bijzonderheden: Deze prestatiecode heeft betrekking op de volgende code van de jaarstaat van het Zorginstituut : 730.

6.2 Specificatie kostengegevens per prestatiecode AV

Kosten aanvullende verzekeringen

Deze kostengegevens worden opgevraagd via meerdere prestatiecodes:

- Kosten farmaceutische zorg via de AV
- Kosten mondzorg via de AV
- Kosten geboortezorg via de AV
- Kosten medisch specialistische zorg via de AV
- Kosten fysiotherapie of oefentherapie via de AV
- Kosten hulpmiddelenzorg via de AV
- Kosten ziekenvervoer via de AV
- Kosten zorg in het buitenland via de AV
- Kosten orthodontie via de AV
- Kosten alternatieve geneesmiddelen en geneeswijzen via de AV
- Kosten overige vergoedingen via de AV.

De benaming en indeling van deze prestatiecodes sluiten aan bij de codes zoals gebruikt binnen de Zvw. Hieronder volgt een toelichting per prestatiecode.

Prestatiecode 5201: Kosten farmaceutische zorg via de AV

Onder deze prestatiecode vallen onder andere de volgende verstrekkingen: anticonceptie voor vrouwen van 21 jaar en ouder, vergoeding eigen bijdrage voor de anticonceptie, morning-afterpil, IVF hormoonpreparaten en vaccinaties.

Prestatiecode 5301; Kosten mondzorg via de AV

Onder deze prestatiecode vallen onder andere de volgende verstrekkingen: tandartskosten exclusief orthodontie.

Prestatiecode 5401: Kosten geboortezorg via de AV

Onder deze prestatiecode vallen onder andere de volgende verstrekkingen: bevallingspakket, geboorte- of meerlingenuitkering, eigen bijdrage kraamzorg, extra kraamzorg, gebruik verloskamer bij niet-medisch noodzakelijke poliklinische bevalling.

Prestatiecode 5501: Kosten medisch specialistische zorg via de AV

Onder deze prestatiecode vallen onder andere de volgende verstrekkingen: andere verstaan: lfv-behandeling, sterilisatie, plastische chirurgie.

Prestatiecode 5601: Kosten fysiotherapie of oefentherapie via de AV

Onder deze prestatiecode vallen onder andere de volgende verstrekkingen: fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en (extramurale) dieetadviesing voor zover niet in de ZVW.

Prestatiecode 5701: Kosten hulpmiddelzorg via de AV

Onder deze prestatiecode vallen onder andere de volgende verstrekkingen: bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood, brillen en contactlenzen, hoortoestellen, plaswekkers, pruiken, steunzolen, bekkenbanden, steunpessarium.

Prestatiecode 5801: Kosten ziekenvervoer via de AV

Onder deze prestatiecode vallen onder andere de volgende verstrekkingen: eigen bijdrage zittend ziekenvervoer.

Prestatiecode 6001: Kosten zorg in het buitenland via de AV

Onder deze prestatiecode vallen onder andere de volgende verstrekkingen: vervoer naar Nederland, vervoer bij overlijden, zorgverlening door alarmcentrale, verblijf- en reiskosten van gezinsleden bij ziekenhuisopname verzekerde.

Prestatiecode 6101: Kosten orthodontie via de AV

Onder deze prestatiecode vallen onder andere de volgende verstrekkingen: orthodontische behandelingen door de tandarts of orthodontist.

Prestatiecode 6201: Kosten alternatieve geneesmiddelen en geneeswijzen via de AV

Onder deze prestatiecode vallen onder andere de volgende verstrekkingen: acupunctuur, homeopathie, chiropractie, osteopathie, mesologie, moermantherapie, natuurgeneeswijzen, (ortho)manuele therapie, shiatsu therapie, neuraaltherapie, haptonomie en gestaltpsychotherapie.

Prestatiecode 6301: Kosten overige vergoedingen via de AV

Onder deze prestatiecode vallen onder andere de volgende verstrekkingen: acnébehandeling, camouflagetherapie, circumcisie, lymfoedeemtherapie, kuurreizen, ontharen, overgangsconsulenten, podotherapie, preventieve cursussen, psoriasisbehandeling, psychologische zorg, second opinion, sport medisch advies, stottertherapie, lichtcabine en lichtlamp.

7. Codetabellen

7.1 Reden uitstroom Zvw

1	=	niet uitgestroomd
2	=	overleden
3	=	uitgestroomd overig
99	=	wel AV, geen ZVW

7.2 Contractvorm Zvw

1	=	individueel
2	=	collectief
99	=	wel AV, geen ZVW

7.3 Inhoud polis Zvw

1	=	geen enkele gecontracteerde zorg
2	=	volledige zorgcontractering
30	=	gedeeltelijk gecontracteerde zorg
99	=	wel AV, geen ZVW

7.4 Hoogte vrijwillig eigen risico Zvw

0	=	€ 0
100	=	€ 100
200	=	€ 200
300	=	€ 300
400	=	€ 400
500	=	€ 500

7.5 Geslacht

0	=	onbekend
1	=	mannelijk
2	=	vrouwelijk
9	=	niet gespecificeerd

7.6 Debet/credit

D	=	debet = gedeclareerd en verwerkt
C	=	credit = tegengeboekt

7.7 Aanwezig op de eerste dag van de eerste, tweede, derde maand van het kwartaal

0	=	indicatie niet ingeschreven Zvw
1	=	indicatie wel ingeschreven Zvw
9	=	wel AV, geen Zvw

7.8 Indicatie AV

0	=	geen AV
1	=	wel AV

7.9 Prestatiecode-indeling

Omschrijving BASIC-prestatiecode Zvw	prestatie-code BASIC	kosten- rubriek Zorginstituut	kosten- codenummer Zorginstituut	geldigheid van	tot en met
Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg		01			
Kosten module praktijkondersteuning huisartsen (POH)	1101	01	503	01-01-2006	31-12-2011
Kosten module achterstandsfonds	1102	01	503	01-01-2006	heden
Kosten module modernisering en innovatie	1103	01	503	01-01-2006	heden
Kosten overige tarieven huisartsenzorg	1104	01	503	01-01-2006	31-12-2014
Kosten avond-, nacht- en weekenddiensten	1105	01	504	01-01-2006	heden
Kosten inschrijftarieven	1106	01	505	01-01-2006	heden
Kosten consulttarieven	1107	01	506	01-01-2006	heden
Kosten module praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ (tot 1-1-2015 onder kostencode 503)	1108	01	507	01-01-2008	heden
Kosten overige tarieven	1109	01	507	01-01-2015	heden
Kosten multidisciplinair zorg	1110	01	510	01-01-2015	heden
Kosten resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen	1112	01	515	01-01-2015	heden
Kosten resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ	1113	01	516	01-01-2015	heden
Farmaceutische zorg		02			
Kosten farmaceutische zorg	1201	02	520	01-01-2006	heden
Kosten moduletarief farmaceutische zorg	1202	02	520	01-01-2006	heden
Verpleging en verzorging		03			
Kosten verpleging en verzorging	1251	03	530	01-01-2015	heden
Mondzorg		04			
Kosten mondzorg totaal	1301	04	561,562, 560.1, 560.2	01-01-2006	heden

Omschrijving BASIC-prestatiecode Zvw	prestatie-code BASIC	kosten- rubriek Zorginstituut	kosten- codenummer Zorginstituut	geldigheid van	tot en met
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	1302	04	560.1	01-01-2006	heden
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	1303	04	560.2	01-01-2006	heden
Kosten gebitsprothesen	1304	04	561	01-01-2006	heden
Bijzondere betalingen mondzorg	1305	04	562	01-01-2006	31-12-2011
Verloskundige zorg					
		05			
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	1401	05	580	01-01-2006	heden
Kosten verloskundige zorg door huisartsen	1402	05	581	01-01-2006	31-12-2018
Medisch specialistische zorg					
		06			
Kosten medisch specialistische zorg	1501	06	545 610 611 612 612.1 612.2 613.1 615.1 619	01-01-2006	heden
Paramedische zorg					
		07			
Kosten fysiotherapie	1601	07	620	01-01-2006	heden
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	1602	07	621	01-01-2006	heden
Kosten logopedie	1603	07	623	01-01-2006	heden
Kosten ergotherapie	1604	07	624	01-01-2006	heden
Kosten dieetadvisering	1605	07	625	01-01-2006	heden
Hulpmiddelenzorg					
		08			
Kosten hulpmiddelenzorg	1701	08	640	01-01-2006	heden
Ziekenvervoer					
		09			
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	1801	09	650	01-01-2006	heden
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto	1802	09	651	01-01-2006	heden
Opbrengstverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen	1803	09	650.1	01-01-2019	heden
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg					
		10			
Kosten eerstelijnspsychologische zorg	1851	10	660	01-01-2008	31-12-2013
Kosten specialistische GGZ met verblijf (1 jaar)	1852	10	661	01-01-2008	heden
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf: kosten van instellingen	1853	10	662	01-01-2008	heden
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf: kosten van zelfstandig gevestigden	1854	10	662	01-01-2008	heden
Kosten persoonsgebonden budgetten GGZ	1855	10	663	01-01-2008	31-12-2009
Kosten overige producten GGZ	1856	10	664	01-01-2008	31-12-2013

Omschrijving BASIC-prestatiecode Zvw	prestatie-code BASIC	kosten- rubriek Zorginstituut	kosten- codenummer Zorginstituut	geldigheid van	tot en met
Generalistische basis GGZ	1857	10	665	01-01-2014	heden
Kosten langdurige GGZ (LGGZ, jaar 2 en 3)	1858	10	661.1	01-01-2015	heden
Geriatrische revalidatie en Eerstelijnsverblijf		11			
Kosten geriatrische revalidatiezorg	1880	11	670	01-01-2013	heden
Kosten eerstelijnsverblijf	1881	11	671	01-01-2018	heden
Kraamzorg		12			
Kosten kraamzorg	1901	12	680	01-01-2006	heden
Overige kosten (tot 2007)		13			
Overige kosten Ziekenhuiszorg en specialistische zorg	2301	13	700	01-01-2006	31-12-2006
Overige kosten Overige prestaties	2302	13	700	01-01-2006	31-12-2006
Overige kosten Niet nader te specificeren kosten	2303	13	700	01-01-2006	31-12-2006
Diverse overige kosten (vanaf 2007)					
Kosten i.v.m. de 'Beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg' (tm. 31-07-2007) en 'Beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten' (vanaf 01-08-2007) : Kosten medisch specialistische zorg	2304	13	700	01-01-2007	heden
Kosten i.v.m. de 'Beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg' (tm. 31-07-2007) en 'Beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten' (vanaf 01-08-2007) : Kosten overige prestaties	2305	13	700	01-01-2007	heden
Kosten i.v.m. de 'Beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg'	2306	13	700	01-08-2007	heden
Overige kosten Niet nader te specificeren kosten	2307	13	700	01-01-2007	heden
Kosten i.v.m. de 'Beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten': Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	2308	13	700	01-01-2008	heden
Overige geneeskundige zorg	2309	13	701	01-07-2013	heden
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	2310	13	702	01-01-2015	heden
Grensoverschrijdende zorg		15			
Grensoverschrijdende zorg, kosten medisch specialistische zorg	2001	15	720	01-01-2006	31-12-2012
Grensoverschrijdende zorg, kosten voor overige prestaties	2002	15	720	01-01-2006	31-12-2012
Grensoverschrijdende zorg, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	2003	15	720	01-01-2006	31-12-2012

Omschrijving BASIC-prestatiecode Zvw	prestatie-code BASIC	kosten- rubriek Zorginstituut	kosten- codenummer Zorginstituut	geldigheid van	tot en met
Grensoverschrijdende zorg, kosten via de zorgverzekeraar: kosten medisch specialistische zorg	2005	15	720	01-01-2013	heden
Grensoverschrijdende zorg, kosten via de zorgverzekeraar: kosten GGZ	2006	15	720	01-01-2013	heden
Grensoverschrijdende zorg, kosten via de zorgverzekeraar: overige kosten	2007	15	720	01-01-2013	heden
Grensoverschrijdende zorg, kosten via verbindingkantoor	2008	15	721	01-01-2013	heden
Kwaliteitsgelden		16			
Kosten kwaliteitsgelden	2101	16	730	01-01-2006	heden

Omschrijving BASIC-prestatiecode AV	prestatie-code BASIC	kosten- rubriek Zorginstituut	kosten- codenummer Zorginstituut	geldigheid van	tot en met
Kosten farmaceutische zorg via de AV	5201	n.v.t.	n.v.t.	01-01-2006	heden
Kosten mondzorg via de AV	5301	n.v.t.	n.v.t.	01-01-2006	heden
Kosten geboortezorg via de AV	5401	n.v.t.	n.v.t.+	01-01-2006	heden
Kosten medisch specialistische zorg via de AV	5501	n.v.t.	n.v.t.	01-01-2006	heden
Kosten fysiotherapie of oefentherapie via de AV	5601	n.v.t.	n.v.t.	01-01-2006	heden
Kosten hulpmiddelen zorg via de AV	5701	n.v.t.	n.v.t.	01-01-2006	heden
Kosten ziekenvervoer via de AV	5801	n.v.t.	n.v.t.	01-01-2006	heden
Kosten zorg in het buitenland via de AV	6001	n.v.t.	n.v.t.	01-01-2006	heden
Kosten orthodontie via de AV	6101	n.v.t.	n.v.t.	01-01-2006	heden
Kosten alternatieve geneesmiddelen en geneeswijzen via de AV	6201	n.v.t.	n.v.t.	01-01-2006	heden
Kosten overige vergoedingen via de AV	6301	n.v.t.	n.v.t.	01-01-2006	heden

8. Bijlagen

8.1 Voorbeeld verzekerdenbestand

Voorbeeld van een voorlooprecord en een aantal BASIC-rubrieken uit het detailrecord verzekerdengegevens uit een fictief verzekerdenbestand dat door zorgverzekeraar 7178 aan BASIC is aangeleverd. Het bestand is aangemaakt op 15 oktober 2016 en betreft verzekerdengegevens over het 3^e kwartaal van 2016.

voorlooprecord verzekerdenbestand

recnr.	rubriek1	rubriek 2	rubriek 3	rubriek 4	rubriek 5	rubriek 6	rubriek 7
1	1	0107	20161015	7178	0	2016	03

recnr.	=	staat voor recordnummer, deze rubriek bestaat alleen in dit voorbeeld
rubriek1	=	Kenmerk record
rubriek2	=	Versienummer
rubriek3	=	Datum bestand
rubriek4	=	Uzovicode zorgverzekeraar
rubriek5	=	Uzovicode volmachthouder
rubriek6	=	Jaaraanduiding van de aanleverperiode
rubriek7	=	Kwartaalaanduiding van de aanleverperiode

detailrecords verzekerdenbestand

recnr.	rubriek1	rubr.3	rubr.4	rubr.5	rubr.6	rubr.7	rubr.8	rubr.9	rubr.10	rubr.11	rubr.18
1	2	220056	1	2016	03	0	1	1	90	1	5822KA
2	2	220073	1	2016	03	9	9	9	99	99	4101GR
3	2	220091	0	2016	03	1	1	1	92	1	3136ZT
4	2	220091	0	2016	02	1	1	1	91	1	3136ZT
5	2	220108	1	2016	03	1	1	0	43	2	1818BF
6	2	220108	1	2016	02	0	0	0	0	1	1818BF
7	2	220111	1	2016	03	1	1	1	92	1	2103KH
8	2	220125	1	2016	02	0	1	0	12	3	9998AT

recnr.	=	staat voor recordnummer, deze rubriek bestaat alleen in dit voorbeeld
rubriek1	=	Kenmerk record
rubriek3	=	Verzekerdenidentificatienummer
rubriek4	=	Indicatie AV
rubriek5	=	Jaaraanduiding van de verzekerdengegevens
rubriek6	=	Kwartaalaanduiding van de verzekerdengegevens
rubriek7	=	Aanwezig op de eerste dag van de eerste maand van het kwartaal Zvw
rubriek8	=	Aanwezig op de eerste dag van de tweede maand van het kwartaal Zvw
rubriek9	=	Aanwezig op de eerste dag van de derde maand van het kwartaal Zvw
rubriek10	=	Totale inschrijfduur in dagen Zvw
rubriek11	=	Reden uitstroom Zvw
rubriek18	=	Postcode

8.2 Voorbeeld kostenbestand Zvw

Voorbeeld van het voorlooprecord en een aantal BASIC-rubrieken uit het detailrecord kostengegevens uit een fictief kostenbestand Zvw dat door zorgverzekeraar 7178 aan BASIC is aangeleverd. Het bestand is aangemaakt op 15 oktober 2016 en betreft kostengegevens over het 3^e kwartaal van 2016.

NB: Dit voorbeeld gaat ook op voor het kostenbestand AV (aanvullende verzekeringen).

voorlooprecord kostenbestand Zvw

recnr.	rubriek1	rubr.2	rubr.3	rubr.4	rubr.5	rubr.6	rubr.7	rubr.8
1	1	0107	20161015	7178	0	2016	03	EUR

recnr.	=	staat voor recordnummer, deze rubriek bestaat alleen in dit voorbeeld
rubriek1	=	Kenmerk record
rubriek2	=	Versienummer
rubriek3	=	Datum bestand
rubriek4	=	Uzovicode zorgverzekeraar
rubriek5	=	Uzovicode volmachthouder
rubriek6	=	Jaaraanduiding van de aanleverperiode
rubriek7	=	Kwartaalaanduiding van de aanleverperiode
rubriek8	=	Valutacode

detailrecords kostenbestand Zvw

recnr.	rubriek1	rubr.3	rubr.4	rubr.5	rubr.6	rubr.7	rubr.8	rubr.9
1	3	220058	1601	2016	03	12625	D	0
2	3	220058	1601	2016	02	5050	D	0
3	3	220060	1701	2016	03	45000	D	0
4	3	220060	1601	2016	03	2525	D	0
5	3	220060	1701	2016	02	10050	D	0
6	3	220170	1901	2016	02	20000	C	0
7	3	220201	1201	2016	03	1825	D	0
8	3	220201	1501	2016	03	56350	D	0

recnr.	=	staat voor recordnummer, deze rubriek bestaat alleen in dit voorbeeld
rubriek1	=	Kenmerk record
rubriek3	=	Verzekerdenidentificatienummer
rubriek4	=	Prestatiecode
rubriek5	=	Jaaraanduiding van de prestatiedatum
rubriek6	=	Kwartaalaanduiding van de prestatiedatum
rubriek7	=	Kosten voor rekening van de verzekeraar
rubriek8	=	Debet/Credit (behorend bij kosten voor rekening van de verzekeraar)
rubriek9	=	Eigen betalingen door de verzekerde onder de Zvw