

Externe integratie

DECLARATIE PARAMEDISCHE HULP

PM304/PM305

Versie EI-standaarden: 3.2, 01-05-2007

INVULINSTRUCTIES [INV]

Aanwijzingen bij het gebruik van het EI-bericht

Uitgave document: 15, 10-10-2024

Kenmerk: PM304-PM305v3.2_INVu15.pdf

Adres- en contactgegevens

Correspondentieadres

Vektis
Postbus 703
3700 AS ZEIST

Bezoekadres

Vektis
Sparrenheuvel 18
3708 JE ZEIST

Telefoon: 030 8008 300

Helpdesk: helpdesk-EI@vektis.nl

Website: www.vektis.nl

Webapplicatie WESP: <http://ei.vektis.nl>

Webapplicatie EI-testportaal PORTES: <http://ei.vektis.nl/portes>

Webapplicatie testbestanden TOWER: <http://www.vektis.nl/tower>

De inhoud van deze publicatie is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Wanneer er desondanks onjuistheden in mochten voorkomen, aanvaardt Vektis daarvoor geen aansprakelijkheid. Ook aanvaardt Vektis geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie.

Verveelvoudiging en verspreiding is toegestaan mits Vektis BV als bron wordt vermeld, danwel als bron herkenbaar blijft.

Vektis, Zeist

DECLARATIE PARAMEDISCHE HULP

Deze invulinstructie hoort bij de volgende EI-standaard en documentatie:

- Berichtspecificatie PM304, versie 3.2, versiedatum 29-11-2016;
- Berichtspecificatie PM305, versie 3.2, versiedatum 01-05-2007;
- Standaardbeschrijving PM304/PM305, versie 3.2, versiedatum 01-05-2007.

Revisiehistorie EI-standaard

Versie EI-standaard	Uitgave document	Aard / reden wijzigingen	Datum uitgave
3.2	15	Toevoegen paragraaf 4.9 Overgang PM304v3.2 naar GDS801v2.0	10-10-2024
3.2	14	Toevoegen alinea 'GZSP' aan paragraaf 4.4 'Gegeven "0425 Zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer" en "0426 Specialisme voorschrijver/verwijzer"'	10-07-2020
3.2	13	Toevoeging par. 4.8 (uniforme DCSPH-codelijst).	16-10-2019
3.2	12	Wijziging par. 4.4, wegens invoering GLI per 2019.	01-11-2018
3.2	11	Wijziging par. 4.4 (laatste regel)	30-10-2018
3.2	10	Wijziging par. 4.2 (0411 Aantal uitgevoerde prestaties)	20-06-2017
3.2	9	Wijziging par. 4.3 (naam diagnosecodelijst gewijzigd)	12-06-2017
3.2	8	Wijziging par. 4.2 en toevoegen par. 4.7.	29-11-2016
3.2	7	Wijziging par. 4.5 "Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie (u.i.)".	24-03-2016
3.2	6	Wijziging par. 4.2 Gegeven "0411 Aantal uitgevoerde prestaties".	09-12-2015
3.2	5	Toevoegen van de diagnosecodelijst voor dieetadvisering en enkele andere gerelateerde wijzigingen.	05-12-2013
3.2	4	Correctief onderhoud (zie mutatieoverzicht achter in het document).	20-12-2012
3.2	3	Correctief onderhoud (zie mutatieoverzicht achter in het document).	01-07-2011
3.2	2	Toevoegen par. 4.8 Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie.	22-03-2011
3.2	1	Correctief onderhoud (zie mutatieoverzicht achterin het document).	16-07-2007
3.1	1	Correctief onderhoud (zie mutatieoverzicht achterin het document).	15-10-2006
3.0	1	Invoering Burgerservicenummer (BSN). Invoering format EI-declaratiestandaarden.	01-10-2006

		Aanpassing retourinformatie. Inhoudelijke wensen partijen.	
2	5	Wijzigingen m.b.t. versienummer berichtstandaard, aanduiding diagnosecodelijst, code soort indicatie paramedische hulp, reden einde zorg, retourinformatiebeschrijving enz.	01-03-2006

Doelgroepen

- Paramedici
(Diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, huidtherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck, instellingen zonder geschikte eigen declaratiestandaard die poliklinische paramedische hulp declareren)
- Zorgverzekeraars
- Servicebureaus (clearinghouses, factoring bureaus).

Status

De derde versie van de EI-standaard is opgesteld in afstemming met Zorgverzekeraars Nederland, zorgverzekeraars, DCN, KNGF, NVD, NVE, NVH, NVLF, VvOCM, ActiZ (Z-org), zorgaanbieders en softwareleveranciers van zorgaanbieders.

Beheer EI-standaard

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

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
2. Generieke invulinstructie EI Declaratie Paramedische hulp	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Invulinstructies algemeen	9
2.2.1 Mandatory, conditionele en optionele velden	9
2.2.1.1 Vullen mandatory veld	9
2.2.1.2 Vullen conditioneel veld	10
2.2.1.3 Vullen optioneel veld	11
2.3 Invulinstructie per gegevenselement	12
2.3.1 Kenmerk record	12
2.3.2 Adres-identificatievelden bij verschillende berichtstromen	12
2.3.3 Factuurnummer declarant	21
2.3.4 Identificatie detailrecord	21
2.3.5 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde, verzekerdennummer	22
2.3.6 Logische sleutels verzekerdenrecord	23
2.3.7 Naam verzekerde (01) (02), Naamcode/naamgebruik (01) (02) (03)	23
2.3.8 Voorvoegsel verzekerde (01) (02)	25
2.3.9 Huisnummer (huisadres) verzekerde, huisnummer (huisadres) debiteur	26
2.3.10 Soort relatie debiteur	26
2.3.11 Tarief prestatie (incl. BTW)	26
2.3.12 Berekend bedrag (incl. BTW)	26
2.3.13 Declaratiebedrag (incl. BTW)	26
2.3.14 Berekend bedrag als grondslag voor vergoeding	27
2.3.15 Werken met de grondslag	27
2.3.16 Referentienummer dit prestatierecord	28
2.3.17 Prestatierecord en prestatiecode	29
3. Generieke invulinstructie EI Retourinformatiebericht Declaratie Paramedische hulp	30
3.1 Inleiding	30
3.2 Bestandscontroles en voorbeeld vulling retourbericht	30
3.3 Recordcontroles en voorbeeld vulling retourbericht	38
4. Specifieke invulinstructie EI Declaratie Paramedische hulp	47
4.1 Inleiding	47
4.2 Gegeven "0411 Aantal uitgevoerde prestaties"	47
4.3 Invulling diagnosecodevelden (rubrieken 0413 t/m 0420)	48
4.4 Gegeven "0425 Zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer" en "0426 Specialisme voorschrijver/verwijzer"	50
4.5 Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie (u.i.)	51
4.6 Enige bijzonderheden m.b.t. dieetadvisering	53

4.7	Werkwijze enkele codes soort indicatie paramedische Hulp.....	54
4.8	Uniforme Diagnosecodesystematiek Paramedische Hulp codelijst (uniforme DCSPH-codelijst)	57
4.9	Overgang PM304v3.2 naar GDS801v2.0.....	57
5.	Bijlagen	58
5.1.	Mutatieoverzicht	58

1. Inleiding

Dit document betreft de invulinstructie bij het gebruik van de standaarden Externe integratie (Retourinformatie) Declaratie Paramedische hulp, PM304/PM305, versie 3.2, versiedatum 01-05-2007.

De invulinstructie heeft tot doel informatie te geven over hoe de soms complexe situaties in de werkelijkheid zijn te vertalen naar het vullen van één of meer rubrieken in de EI-standaard. In het document Standaardbeschrijving Externe integratie Paramedische hulp, PM304/PM305v3.2_STBu1.pdf staan de hoofdlijnen vermeld. In de Standaardbeschrijving (STB) en in de Berichtspecificaties (BER) is echter onvoldoende ruimte om alle bijzonderheden per soort zorg in voldoende mate te verantwoorden.

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

In het generieke deel kan bij uitzondering zijn afgeweken van de generieke tekst. Deze tekstdelen worden *cursief*¹ weergegeven.

*Tot/met 18-09--2012 door de Adviescommissie Wijzigingen (AcW) goedgekeurde **generieke** EI-RfC's (errata/addenda) zijn in deze invulinstructie verwerkt. Het betreft gepubliceerde en nog niet gepubliceerde Errata/addenda. RFC's die specifiek voor de PM304/PM305 zijn, zijn niet in dit document verwerkt.*

¹ Het zoeken op een cursieve tekst in WORD gaat als volgt: toets <ctrl F>, klik button <Meer>, klik button <opmaak> en kies "lettertype", kies tekenstijl <cursief>, klik button <OK>, klik telkens button <Volgende zoeken>.

2. Generieke invulinstructie EI Declaratie Paramedische hulp

2.1 Inleiding

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

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

Tabel 2-1 Invulinstructie per gegeven (rubriek)

Rubrieknr.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Par. nr.
0101 0201 0301 0401 9801 9901	Kenmerk record	COD001-VEK4		2.3.1
0108 0109 0110 0111 0112	UZOVI-nummer Code servicebureau Zorgverlenerscode Praktijkcode Instellingscode	COD061-VEKT COD377-VEKT COD009-VEKT COD181-VEKT COD031-VEKT	0203, 0204, 0205, 0207, 0303, 0403, 0404, 0405	2.3.2
0202 0302 0402 9802	Identificatie detailrecord	NUM040-VEKT		2.3.3
0203 0403 0205 0405	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde Verzekerdenummer (inschrijvingsnummer, relatienummer)	NUM313-GBA NUM003-ZNET	0207 0207	2.3.4
0210 0213	Naam verzekerde (01) Naam verzekerde (02)	NAM193-NEN NAM191-NEN	0307, 0310, 0306, 0309, 0313	2.3.5

Rubrieknr.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Par. nr.
0209	Naamcode/ naamgebruik	COD700-NEN1		
0212	(01)	COD701-NEN1		
0216	Naamcode/ naamgebruik	COD829-NEN1		
	(02)			
	Naamcode/ naamgebruik			
	(03)			
0211	Voorvoegsel verzekerde	NAM194-NEN	0308, 0311	2.3.6
0214	(01)	NAM192-NEN		
	Voorvoegsel verzekerde			
	(02)			
0219	Huisnummer (huisadres) verzekerde	NUM030-NEN	0316	2.3.7
0326	Soort relatie debiteur	COD819-VEKT	0223	2.3.8
04nn	Tarief prestatie (incl. BTW)	BED160-VEKT		2.3.9
04nn	Berekend bedrag (incl. BTW)	BED153-VEKT		2.3.10
04nn	Declaratiebedrag (incl. BTW)	BED161-VEKT		2.3.11
04nn	Referentienummer dit prestatierecord	NUM362-VEKT	04nn	2.3.14
04nn	Prestatiecode	CODNNN-VEKT	04nn	2.3.15

2.2 Invulinstructies algemeen

2.2.1 Mandatory, conditionele en optionele velden

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

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

2.2.1.1 Vullen mandatory veld


Situatie			
Het veld AANDUIDING DIAGNOSECODELIJST wordt in het geval van landelijke afspraken gevuld met een waarde uit de codelijst. Als landelijke afspraken ontbreken dan wordt het veld gevuld met de escapewaarde voor een numeriek veld.			
Kenmerken veld			
Conditioneel, 3 posities, numeriek			
Casus	Conditie	Waarde	Vulling in veld
Diagnosecode voor logopedie is van toepassing	Conditie is geldig	'012'	012
Vooralsnog geen afspraken voor diagnosecodelijst eerstelijnspsychologie	Conditie is niet geldig	n.v.t.	000

2.2.1.3 Vullen optioneel veld

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

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

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

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

Situatie			
Het veld PATIENT(IDENTIFICATIE)NUMMER wordt in het geval van een afspraak tot vullen gevuld met een werkelijk waarde. Als het veld niet bekend is dan wordt het gevuld met een afgesproken dummywaarde. In het geval geen afspraak over het vullen is gemaakt dan wordt het veld gevuld met de 'escapewaarde' voor een alfanumeriek veld.			
Kenmerken veld			
Optioneel, 11 posities, alfanumeriek			
Casus	Afspraak	Waarde	Vulling in veld
Mevr. Winter is bekend met nummer A123456	Er is een afspraak, waarde bekend.	'A123456'	A123456 
Nummer van heer Zomers is niet bekend	Er is een afspraak, waarde is niet bekend.	?	ZZZZZZZZZZ

Mevr. Van Lente heeft wel een nummer, maar geen bilaterale afspraken over vulling van het veld	Er is geen afspraak.	n.v.t.	
--	----------------------	--------	--

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

2.3 Invulinstructie per gegevenselement

2.3.1 Kenmerk record

Hoe worden de recordtypen uniek geïdentificeerd?

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

2.3.2 Adres-identificatievelden bij verschillende berichtstromen

In het declaratieberichtenverkeer zijn 3 berichtstromen te onderkennen:

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

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

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

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

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

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

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

ZA = zorgaanbieder
 ZV = zorgverzekeraar
 SB = servicebureau

* Leveranciers van hulpmiddelen en vervoerorganisaties beschikken uitsluitend over een AGB-zorgverlenerscode!

Identificatiecode schakel berichtenverkeer	
01	Servicebureau
02	Zorgverlener
03	Praktijk
04	Instelling

Gezondheidscentrum, samenwerkingsverband, rechtspersoon

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

Algemene uitgangspunten:

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

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

Algemeen uitgangspunt:

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

Algemene regels:

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

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

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

Hieronder volgt een uitwerking van deze algemene regels.

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

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

① Rubriek 0110 kan met een AGB-code gevuld worden namens één persoon of namens meerdere personen in een praktijk.

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

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

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

2 Rechtspersoon (zorgverlenersoort = 17)

Algemene regels:

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

Hieronder volgt een uitwerking van deze algemene regels.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ad 1 Invulvoorbeelden gezondheidscentrum (of samenwerkingsverband)

Uitgangssituatie 1

Een gezondheidscentrum A heeft AGB-code : 37.000320

Het gezondheidscentrum heeft alleen zorgverleners in loondienst:

- paramedisch:

- zorgverlenerscode: 04.003344

- zorgverlenerscode: 04.004433

- zorgverlenerscode: 04.005566

- huisarts

- zorgverlenerscode: 01.007788
- zorgverlenerscode: 01.008877

Casus 1 Gezondheidscentrum declareert paramedische hulp

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

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

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

Uitgangssituatie 2

Een gezondheidscentrum A heeft AGB-code : 37.000321

Het gezondheidscentrum heeft:

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

Casus 1 Gezondheidscentrum declareert namens praktijk 1

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

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

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

Casus 2 Gezondheidscentrum declareert namens individuele zorgverlener

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ad 2 Invulvoorbeelden rechtspersoon

Uitgangssituatie 1

Een rechtspersoon A heeft AGB-code : 17.003000

Rechtspersoon A is rechtspersoon voor:

- praktijk paramedisch:

- praktijk met AGB-code: 04.00130

praktijk 1 heeft de volgende zorgverleners :

- zorgverlenerscode: 04.003336

- zorgverlenerscode: 04.004447

- zorgverlenerscode: 04.005558

- gezondheidscentra:

- gezondheidscentrum 1 met AGB-code: 37.000547

- gezondheidscentrum 2 met AGB-code: 37.000669

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

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

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

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

Uitgangssituatie 2

Een rechtspersoon B heeft AGB-code : 17.002000

Rechtspersoon B is rechtspersoon voor:

- praktijken paramedisch:

- praktijk 1 met AGB-code: 04.00120

praktijk 1 heeft de volgende zorgverleners :

- zorgverlenerscode: 04.003333 (praktijkhouder)
- zorgverlenerscode: 04.004444
- zorgverlenerscode: 04.005555

- praktijk 2 met AGB-code: 04.00123

- gezondheidscentra:

- gezondheidscentrum 3 met AGB-code: 37.000543
- gezondheidscentrum 4 met AGB-code: 37.000665

Casus 1 Rechtspersoon B declareert namens praktijk 1

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

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

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

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

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

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

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

Casus 3 Rechtspersoon B declareert namens gezondheidscentrum 3

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

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

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

Casus 4 Rechtspersoon B declareert namens gezondheidscentrum 3 en 4

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

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

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

2.3.3 Factuurnummer declarant

Factuurnummer declarant (rubriek 0116) dient inhoudelijk uniek te zijn; de controle is niet case sensitive, dus geen onderscheid in hoofd- en kleine letters. Voorbeeld: AA1234567890 is hetzelfde als aa1234567890. Een factuurnummer mag hergebruikt worden in geval van een afwijzing door VECOZO en niet in geval van een afwijzing door een zorgverzekeraar.²

2.3.4 Identificatie detailrecord

Hoe worden de records uniek geïdentificeerd?

Een record wordt uniek geïdentificeerd in het gegeven IDENTIFICATIE DETAILRECORD. Het identificatiedetailrecord geeft elk record in het bestand, behalve recordtype 98 (commentaar), een uniek volgnummer. De detailrecords worden door het bestand heen doorgenummerd. Het voorloop- en sluitrecord zijn geen detailrecords en kennen dus dit gegevenelement niet.

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

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

Tabel 2-3 Invulvoorbeeld Identificatie detailrecord

² Het is bekend dat sommige verzekeraars hier wél op controleren, en andere verzekeraars niet; deze ongelijkheid blijft voorlopig.

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

Opmerkingen

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

2.3.5 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde, verzekerdnummer

Hieronder volgt een overzicht hoe om te gaan met het vullen van het Burgerservicenummer (BSN) verzekerde en het verzekerdnummer in relatie tot de EI-declaratiestandaarden. Dit overzicht gaat uit van een big-bang-situatie voor de invoering van het BSN; hierbij is een eventuele overgangsfase nog buiten beschouwing gelaten.

Tabel 2-4 Gebruik BSN en verzekerdnummer

Patiënt heeft BSN (en is bekend bij zorgaanbieder)?	Nog niet / nee ¹	Ja
Burgerservicenummer (BSN) verzekerde [M]	Verplicht vullen met dummywaarde (9x9).	Is unieke identificatie. Verplicht vullen met BSN.

		ZV wijst incorrecte combinatie BSN en geboortedatum af.
Verzekerdennummer [C]	Is nog unieke identificatie. Verplicht vullen. ZV kan foutief verzekerdennummer afwijzen. ZV wijst incorrecte combinatie met geboortedatum af.	Niet verplicht om te vullen. ZV mag foutief verzekerdennummer niet meer afwijzen.

¹ Er is een hele kleine populatie die blijvend geen BSN heeft, maar toch verzekerd is.

2.3.6 Logische sleutels verzekerdenrecord

Verklaring toevoeging UZOVI-nummer (0204) en verzekerdennummer (inschrijvingsnummer, relatienummer) (0205) aan logische sleutel verzekerdenrecord.

Het verzekerdenrecord voor één burgerservicenummer (BSN) kan meerdere keren voorkomen in één

declaratiebestand. Een verzekerde kan tijdens een declaratieperiode van zorgverzekeraar wijzigen. In dit

geval volgen er twee verzekerdenrecords met bijbehorende prestatierecords van verzekerde met een

identiek BSN. De begindatum prestatie <(04nn)> is bepalend voor de datum wijziging zorgverzekeraar.

UZOVI-nummer en verzekerdennummer (inschrijvingsnummer, relatienummer) maken het verzekerdenrecord uniek.

Een verzekerdennummer kan meerdere keren voorkomen in één declaratiebestand, in dit geval voor

verschillende burgerservicenummers (BSN) (meerdere personen met elk een eigen BSN hebben hetzelfde verzekerdennummer).

2.3.7 Naam verzekerde (01) (02), Naamcode/naamgebruik (01) (02) (03)

Wat wordt in technische zin verstaan onder een achternaam?

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

Op welke wijze wordt het gegeven naamcode/naamgebruik gevuld?

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

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

Toepassing

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

(Toegestane) waarden

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

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

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

Tabel 2-5 Toegestane waarden per naamcode/naamgebruik

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

Invulvoorbeeld naamgebruik

Tabel 2-6 toont enkele voorbeelden voor de diverse naamgegevens en het naamgebruik. Het gegeven NAAMCODE/NAAMGEBRUIK wordt in samenhang met NAAM VERZEKERDE (01) en NAAM VERZEKERDE

(02) gevuld. De heer Joosten en mevrouw Verduijn zijn partners. De naam van mevrouw Verduijn kan op verschillende manieren opgenomen worden. NB.: NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (03) is alleen relevant voor een servicebureau!

Tabel 2-6 Invulvoorbeeld naamgebruik

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

2.3.8 Voorvoegsel verzekerde (01) (02)

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

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

Tabel 2-7 Samengestelde namen met voorvoegsels

...	
Naam verzekerde (01)	Steen
Voorvoegsel verzekerde (01)	van der
...	
Naam verzekerde (02)	Voorst tot Voorst
Voorvoegsel verzekerde (02)	van
...	

2.3.9 Huisnummer (huisadres) verzekerde, huisnummer (huisadres) debiteur

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

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

2.3.10 Soort relatie debiteur

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

2.3.11 Tarief prestatie (incl. BTW)

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

2.3.12 Berekend bedrag (incl. BTW)

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

2.3.13 Declaratiebedrag (incl. BTW)

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

Tabel 2-8 Voorbeeld opbouw bedrag

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

2.3.14 Berekend bedrag als grondslag voor vergoeding

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

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

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

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

2.3.15 Werken met de grondslag

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

In de verwerking van declaratieregels bepaalt de verzekeraar eerst het berekend bedrag, dat er voor een bepaalde behandeling in rekening mag worden gebracht, dat is een te declareren

prestatie met aantal, tarief, toe- of afslagen enzovoorts. Dit op basis van vastgestelde tarieven. Dat levert een berekend bedrag zorgverzekeraar op waarmee een verzekeraar vervolgens nagaat in hoeverre een verzekerde daarvoor is verzekerd.

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

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

2.3.16 Referentienummer dit prestatie record

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

Voorbeelden:

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

Een referentienummer mag hergebruikt worden in geval van een afwijzing door VECOZO en niet in geval van een afwijzing door een zorgverzekeraar.³

Creditdeclaratie en referentienummers

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

³ Het is bekend dat sommige verzekeraars hier wél op controleren, en andere verzekeraars niet; deze ongelijkheid blijft voorlopig.

2.3.17 Prestatierecord en prestatiecode

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

3. Generieke invulinstructie EI Retourinformatiebericht Declaratie Paramedische hulp

3.1 Inleiding

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

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

Tabel 3-1 Invulinstructie per gegeven (rubriek)

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

3.2 Bestandscontroles en voorbeeld vulling retourbericht

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

Voorbeeld 1 Gehele declaratie goedgekeurd

VECOZO

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

Zorgverzekeraar

Een zorgverzekeraar ontvangt een EI-declaratiebericht van VECOZO. De zorgverzekeraar controleert het bestand in het kader van de bestandscontroles. Hierin worden geen afwijkingen

geconstateerd. Vervolgens voert de zorgverzekeraar de controles op recordniveau uit. Hierin worden eveneens geen afwijkingen geconstateerd. De zorgverzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt alleen het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour naar VECOZO. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 8001 (= Declaratie is volledig toegewezen) gevuld. De overige retourcodevelden in het voorlooprecord worden niet gevuld; aangezien de velden alfanumeriek zijn, komen hier spaties te staan. In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag dezelfde waarde gevuld als in gegeven totaal ingediend declaratiebedrag. Zie tabel 3-2 Voorbeelden retourberichten bestandscontroles, voorbeeld 1.

VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. Het gaat hier om een volledig goedgekeurd EI-declaratiebericht. VECOZO controleert dit EI-retourinformatiebericht. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgverlener of het servicebureau.

Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een zorgverzekeraar. VECOZO geeft het oorspronkelijke EI-bericht op basis van de ontvangen retourinformatie de status afgehandeld.

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

Voorbeeld 2a Fout in voorlooprecord

VECOZO

Een zorgverlener of een servicebureau dient een EI-declaratiebericht in bij VECOZO, waarin in gegeven UZOVI-nummer de waarde 9900 is gevuld. VECOZO controleert het voorlooprecord in het kader van een bestandscontrole. Vastgesteld wordt dat de waarde 9900 niet voorkomt in de lijst van op het EDP aangesloten UZOVI-nummers. Het bestand wordt niet verder gecontroleerd op recordniveau. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt alleen het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 8198 (= Het bestand kan niet worden doorgestuurd. De zorgverzekeraar is niet aangesloten op het elektronisch declaratieportaal van VECOZO. In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 0000000000 gevuld. Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van VECOZO.

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

Zorgverzekeraar

Een zorgverzekeraar ontvangt een EI-declaratiebericht van VECOZO, waarin in gegeven UZOVI-nummer de waarde 9900 is gevuld. De zorgverzekeraar controleert het voorlooprecord in het kader van een bestandscontrole. De zorgverzekeraar accepteert het UZOVI-nummer met de

waarde 9900 niet. Het bestand wordt niet verder gecontroleerd. De zorgverzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt alleen het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 8198 (= Het bestand kan niet worden doorgestuurd. De zorgverzekeraar is niet aangesloten op het elektronisch declaratieportaal van VECOZO). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 0000000000 gevuld.

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

VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retourinformatiebericht. Het bericht bestaat uit een voorloop- en sluitrecord, wat in deze casus duidt op een afkeuring van het EI-heenbericht.

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

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

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

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

Voorbeeld 2b Fout in voorlooprecord

VECOZO

Een zorgverlener of een servicebureau dient een EI-declaratiebericht in bij VECOZO, waarin in gegeven factuurnummer declarant een bepaalde waarde is gevuld. VECOZO controleert het voorlooprecord in het kader van een bestandscontrole. Vastgesteld wordt dat het factuurnummer in een eerder bericht de afgelopen 5 jaar is gebruikt. Het bestand wordt niet verder gecontroleerd. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt alleen het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 0030 (= factuurnummer declarant ontbreekt of is niet uniek (nummer is reeds gebruikt in een voorgaande factuur)). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 0000000000 gevuld.

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

Zorgverzekeraar

VECOZO dient een EI-declaratiebericht in bij een zorgverzekeraar, waarin in gegeven factuurnummer declarant een bepaalde waarde is gevuld. De zorgverzekeraar controleert het voorlooprecord in het kader van een bestandscontrole. Vastgesteld wordt dat het factuurnummer in een eerder bericht de afgelopen 5 jaar is gebruikt. Het bestand wordt niet verder gecontroleerd. De zorgverzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt alleen het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 0030 (= factuurnummer declarant ontbreekt of is niet uniek (nummer is reeds gebruikt in een voorgaande factuur)). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 00000000000 gevuld.

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

VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retourinformatiebericht. Het bericht bestaat uit een voorloop- en sluitrecord, wat in deze casus duidt op een afkeuring van het EI-heenbericht.

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

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

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

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

Voorbeeld 3a Fout in sluitrecord

VECOZO

Een zorgverlener of een servicebureau dient een EI-declaratiebericht in bij VECOZO, waarin gegeven totaal declaratiebedrag in het sluitrecord een waarde x voorkomt. VECOZO berekent de som van de declaratiebedragen in de prestatie records. Deze optelling wordt met de waarde x in het sluitrecord vergeleken. Vastgesteld wordt dat deze aantallen niet met elkaar corresponderen. Dit betekent dat het bestand inconsistent is. VECOZO keurt het gehele EI-

declaratiebericht af en stuurt alleen het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 0150 (= totaal declaratiebedrag ontbreekt of is onjuist). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 00000000000 gevuld. Uit de vulling van het veld referentienummer zorgverzekeraar blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van VECOZO.

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

Zorgverzekeraar

VECOZO dient een EI-declaratiebericht in bij een zorgverzekeraar, waarin gegeven totaal declaratiebedrag in het sluitrecord een waarde x voorkomt. De zorgverzekeraar berekent de som van de bedragvelden in de prestatie records. Deze optelling wordt met de waarde x in het sluitrecord vergeleken. Vastgesteld wordt dat deze waarden niet met elkaar corresponderen. Dit betekent dat het bestand inconsistent is. De zorgverzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt alleen het voorloop- en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 0150 (= totaal declaratiebedrag ontbreekt of is onjuist). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 00000000000 gevuld.

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

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

VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retourinformatiebericht. Het bericht bestaat uit een voorloop- en sluitrecord, wat in deze casus duidt op een afkeuring van het EI-heenbericht.

Het overeenkomstige EI-heenbericht is eerder door VECOZO goedgekeurd.

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

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

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

Voorbeeld 3b Fout in sluitrecord retourbericht

VECOZO

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

Zorgverzekeraar

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

VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retourinformatiebericht. Het bericht bestaat uit een voorloop- en sluitrecord, wat in deze casus duidt op een afkeuring van het EI-heenbericht.

Het overeenkomstige EI-heenbericht is eerder door VECOZO goedgekeurd.

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

Tabel 3-2 Voorbeeld retourberichten bestandscontroles

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

Bestand goedgekeurd en declaratie volledig toegewezen


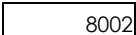

Bestand afgekeurd en declaratie niet inhoudelijk gecontroleerd
Correct retourbericht

Bestand afgekeurd en declaratie niet inhoudelijk gecontroleerd
Correct retourbericht

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

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

De codes bij de retourommeldingen zijn onder voorbehoud!

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

3.3 Recordcontroles en voorbeeld vulling retourbericht

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

Voorbeeld 4a Fout in verzekerdenrecord

VECOZO

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

Zorgverzekeraar

Een zorgverzekeraar ontvangt een EI-declaratiebericht van VECOZO, waarin in gegeven datum geboorte verzekerde een waarde 19320322 voorkomt. De zorgverzekeraar voert een controle op de gegevens in het verzekerdenrecord uit in het kader van een controle op recordniveau. Hierbij wordt het burgerservicenummer in combinatie met datum geboorte verzekerde vergeleken. Vastgesteld wordt dat de opgegeven combinatie niet correct is. De zorgverzekeraar keurt het verzekerdenrecord af. Vastgesteld wordt tevens dat er bij geen enkel ander record iets op te merken is.

De zorgverzekeraar stuurt het verzekerdenrecord samen met de overige records van deze verzekerde in het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit recordtype gevuld). In gegeven retourcode (01) van het verzekerdenrecord wordt de waarde 8004 (= combinatie BSN en geboortedatum verzekerde is onjuist) gevuld. In het gegeven retourcode (01) van de bijbehorende records op het verzekerdeniveau (inclusief eventuele commentaarrecords) wordt telkens de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) gevuld.

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

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

VECOZO

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

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

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

Voorbeeld 4b Fout in prestatierecord

VECOZO

VECOZO ontvangt een EI-declaratiebericht van een zorgverlener of een servicebureau. VECOZO controleert het bestand in het kader van de bestandscontrole. VECOZO constateert geen technische fouten. Vervolgens voert VECOZO de controles op recordniveau uit.

In het EI-declaratiebericht komt in het gegeven begindatum prestatie een waarde 20110332 voor. VECOZO voert een controle op de gegevens in het prestatierecord uit in het kader van een controle op recordniveau. Vastgesteld wordt dat de opgegeven begindatum prestatie technisch niet correct is. VECOZO keurt het prestatierecord af. Vastgesteld wordt tevens dat er bij geen enkel ander record iets op te merken is.

VECOZO stuurt in het geval van afkeur op recordniveau het hele bestand (alle goed- en afgekeurde records) retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit record gevuld). In gegeven retourcode (01) van het prestatierecord wordt de waarde 8007 (= begin-/einddatum prestatie ontbreekt of is onjuist) gevuld.

Er van uitgaande dat dit de enige fout is, die wordt vastgesteld zal in de gegevens retourcode (01) van de overige goedgekeurde records in het EI-declaratiebericht de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) in retourcode (01) worden gebruikt. Alle overige retourcodevelden (02 en 03) die meegezonden worden, worden niet gevuld en bevatten dus spaties.

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

Zorgverzekeraar

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

In het EI-declaratiebericht komt in het gegeven begindatum prestatie een waarde 20110332 voor. De zorgverzekeraar voert een controle op de gegevens in het prestatierecord. Vastgesteld

wordt dat de opgegeven begindatum prestatie technisch niet correct is. De zorgverzekeraar keurt het prestatie record af. Vastgesteld wordt tevens dat er bij geen enkel ander record iets op te merken is.

De zorgverzekeraar stuurt in het geval van afkeur op prestatie recordniveau het afgekeurde prestatie record en de bijbehorende commentaar records en het bijbehorende verzekerden-debiteur en commentaar records retour. In gegeven retourcode (01) van het voorloop record wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit record gevuld). In gegeven retourcode (01) van het afgekeurde prestatie record wordt de waarde 8007 (= begin-/einddatum prestatie ontbreekt of is onjuist) gevuld. In het gegeven retourcode (01) van de bijbehorende records op verzekerden niveau (inclusief eventuele commentaar records) wordt telkens de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit record type) gevuld. Alle overige retourcode velden (02 en 03) die meegezonden worden, worden niet gevuld en bevatten dus spaties.

NB. Goedgekeurde prestatie records- en bijbehorende commentaar records bij deze verzekerde worden niet retour gestuurd.

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

VECOZO

VECOZO ontvangt van een zorgverzekeraar een EI-retour informatie bericht, waarin een prestatie record is afgekeurd samen met de overige records van deze verzekerde.

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

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

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

Tabel 3-3 Voorbeeld retourberichten recordcontroles

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

Bestand goedgekeurd en
declaratie deels toegewezen
Correct retourbericht

Bestand afgekeurd
door VECOZO

Voorbeeld 5 Fout in verzekerdenrecord + correctie

De situatie is gelijk aan die van het voorbeeld 4a, met dat verschil, dat in gegeven geboortedatum verzekerde van het verzekerdenrecord de zorgverzekeraar een gecorrigeerde waarde 19220323 retourneert.

VECOZO

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

Zorgverzekeraar

Een zorgverzekeraar ontvangt een EI-declaratiebericht van VECOZO, waarin in gegeven datum geboorte verzekerde een waarde 19320322 voorkomt. De zorgverzekeraar voert een controle op de gegevens in het verzekerdenrecord uit in het kader van een controle op recordniveau. Hierbij wordt het burgerservicenummer in combinatie met datum geboorte verzekerde vergeleken. Vastgesteld wordt dat de opgegeven combinatie niet correct is. De zorgverzekeraar keurt het verzekerdenrecord af. Vastgesteld wordt tevens dat er bij geen enkel ander record iets op te merken is.

De zorgverzekeraar stuurt het verzekerdenrecord samen met de overige records van deze verzekerde in het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven geboortedatum verzekerde van het verzekerdenrecord heeft de zorgverzekeraar een gecorrigeerde waarde 19220323 opgenomen. Het retourbericht is fout, omdat de afspraak geldt dat hierin geen gegevens worden gecorrigeerd. De overige vulling van het retourbericht is gelijk aan die van het voorbeeld 4a.

In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit recordtype gevuld). In gegeven retourcode (01) van het verzekerdenrecord wordt de waarde 8004 (= combinatie BSN en geboortedatum verzekerde is onjuist) gevuld. In het gegeven retourcode (01) van de overige records op het verzekerdeniveau van deze verzekerde (inclusief eventuele commentaarrecords) wordt telkens de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) gevuld.

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

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

VECOZO

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

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

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

Voorbeeld 6 Fout in sleutel prestatierecord

VECOZO

VECOZO ontvangt een EI-declaratiebericht van een zorgverlener of een servicebureau. VECOZO controleert het bestand in het kader van de bestandscontrole. VECOZO constateert geen technische fouten. Vervolgens voert VECOZO de controles op recordniveau uit.

In het EI-declaratiebericht komt in één van de sleutelvelden: burgerservicenummer of UZOVI-nummer in een prestatierecord een andere waarde voor dan in het verzekerdenrecord. VECOZO voert een controle op de gegevens in het prestatierecord uit in het kader van een controle op recordniveau. Hierbij wordt o.a. de waarde van het burgerservicenummer en de waarde van het UZOVI-nummer in het prestatierecord vergeleken met de overeenkomstige waarde in het verzekerdenrecord. Vastgesteld wordt dat een van de opgegeven waarden niet overeenkomen. Vastgesteld wordt dat het prestatierecord niet behoort bij een ander verzekerdenrecord in het bestand. Hiermee is vastgesteld dat sprake is van een onjuiste fysieke relatie tussen het verzekerde- en het prestatierecord. Het prestatierecord wordt afgekeurd. In een tweede prestatierecord bij deze verzekerde komt de opgegeven waarde van het burgerservicenummer en het UZOVI-nummer wél overeen met die in het verzekerdenrecord. Dit prestatierecord wordt goedgekeurd. Vastgesteld wordt tevens dat er bij geen enkel ander record iets op te merken is.

VECOZO stuurt in het geval van afkeur op recordniveau het hele bestand (alle goed- en afgekeurde records) retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord en verzekerdenrecord wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit record) gevuld. In gegeven retourcode (01) van het afgekeurde prestatierecord wordt in het geval het burgerservicenummer niet overeenkomt de waarde 0435 (Burgerservicenummer (BSN) verzekerde ontbreekt of is onjuist)) gevuld. In het gegeven retourcode (01) wordt in het geval het UZOVI-nummer niet overeenkomt de waarde 0423 (= UZOVI-nummer ontbreekt of is onjuist (detailrecord) gevuld. Als beide gegevens niet overeenkomen dan worden beide retourcodes gevuld in het gegeven retourcode (01) en retourcode (02). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag een waarde 0000000000 gevuld. VECOZO vult dit met de escapewaarde van een numeriek veld.

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

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

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

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

Zorgverzekeraar

VECOZO dient een EI-declaratiebericht in bij een zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar controleert het bestand in het kader van de bestandscontrole. De zorgverzekeraar constateert geen technische fouten. Vervolgens voert de zorgverzekeraar de controles op recordniveau uit. In het EI-declaratiebericht komt in één van de sleutelvelden: burgerservicenummer of UZOVI-nummer in een prestatierecord een andere waarde voor dan in het verzekerdenrecord. De zorgverzekeraar voert een controle op de gegevens in het prestatierecord uit in het kader van een controle op recordniveau. Hierbij wordt o.a. de waarde van het burgerservicenummer en de waarde van het UZOVI-nummer in het prestatierecord vergeleken met de overeenkomstige waarde in het verzekerdenrecord. Vastgesteld wordt dat een van de opgegeven waarden niet overeenkomen. Vastgesteld wordt dat het prestatierecord niet behoort bij een ander verzekerdenrecord in het bestand. Hiermee is vastgesteld dat sprake is van een onjuiste fysieke relatie tussen het verzekerde- en het prestatierecord. Het prestatierecord wordt afgekeurd. In een tweede prestatierecord bij deze verzekerde komt de opgegeven waarde van het burgerservicenummer en het UZOVI-nummer wél overeen met die in het verzekerdenrecord. Dit prestatierecord wordt goedgekeurd. Vastgesteld wordt tevens dat er bij geen enkel ander record iets op te merken is.

De zorgverzekeraar stuurt in het geval van afkeur op prestatierecordniveau het afgekeurde prestatierecord en de bijbehorende commentaarrecords en het bijbehorende verzekerden-debiteur en commentaarrecords retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit record gevuld). In het gegeven retourcode (01) van de overige records op het verzekerdeniveau van deze verzekerde (inclusief eventuele commentaarrecords) wordt telkens de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) gevuld. In gegeven retourcode (01) van het afgekeurde prestatierecord wordt in het geval het burgerservicenummer niet overeenkomt de waarde 0435 (Burgerservicenummer (BSN) verzekerde ontbreekt of is onjuist)) gevuld. In het gegeven retourcode (01) wordt in het geval het UZOVI-nummer niet overeenkomt de waarde 0423 (= UZOVI-nummer ontbreekt of is onjuist

(detailrecord) gevuld. Als beide gegevens niet overeenkomen dan worden beide retourcodes gevuld in het gegeven retourcode (01) en retourcode (02). Alle overige retourcodevelden (02 en 03) die meegezonden worden, worden niet gevuld en bevatten dus spaties.

Het tweede goedgekeurde prestatierecords- en bijbehorende commentaarrecords bij deze verzekerde worden niet retour gestuurd.

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

VECOZO

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

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

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

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

Tabel 3-4 Voorbeeld retourberichten recordcontroles

Rub#	Naam gegevenselement	voorbeeld 5		voorbeeld 6	
		Fout in 1 verzekerdenrecord + correctie		Fout in 1 prestatiercord	
		Declaratiebericht Veldwaarde	Retourbericht Veldwaarde	Declaratiebericht Veldwaarde	Retourbericht Veldwaarde
0101	Kenmerk record	01	01	01	01
...
0108	UZOVI-nummer	0736	0736	0736	0736
...
0196	Retourcode (01)		0200		0200
0197	Retourcode (02)		spaties		spaties
...
0201	Kenmerk record	02		02	02
0202	Identificatie detailrecord	000000000001		000000000001	000000000001
0203	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782	123456782
...
0207	Datum geboorte verzekerde	19541210		19541210	19541210
...
0296	Retourcode (01)				0200
...
0401	Kenmerk record	04		04	04
0402	Identificatie detailrecord	000000000002		000000000002	000000000002
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782	123456782
...
	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00001000		00001000	00001000
...
0496	Retourcode (01)				0200
...
0201	Kenmerk record	02	02	02	02
0202	Identificatie detailrecord	000000000003	000000000003	000000000003	000000000003
0203	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	100197243	100197243
0204	UZOVI-nummer	0736		0736	07036
...
0207	Datum geboorte verzekerde	19220322	19220323	19220322	19220322
...
0296	Retourcode (01)		8004		0200
...
0401	Kenmerk record	04	04	04	04
0402	Identificatie detailrecord	000000000004	000000000004	000000000004	000000000004
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	300197243	300197243
0404	UZOVI-nummer	0736		0739	0739
...
	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00050000	00050000	00050000	00050000
...
0496	Retourcode (01)		8002		0435
0497	Retourcode (02)				0423
...
0401	Kenmerk record	04	04	04	04
0402	Identificatie detailrecord	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	100197243	100197243
0404	UZOVI-nummer			0736	0736
	Declaratiebedrag (incl. BTW)	00015000	00015000	00015000	00015000
...
0496	Retourcode (01)		8002		8002
...
9801	Kenmerk record	98	98	98	98
9802	Identificatie detailrecord	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005
9803	Regelnummer vrije tekst	0001	0001	0001	0001
9804	Vrije tekst	ABCDEFGH	ABCDEFGH	ABCDEFGH	ABCDEFGH
...
9896	Retourcode (01)		8002		8002
...
9901	Kenmerk record	99	99	99	99
9902	Aantal verzekerdenrecords (retour)	000002	000001	000002	000002
9904	Aantal prestatiercordrecords (retour)	000003	000002	000003	000003
9905	Aantal commentaarrecords (retour)	000001	000001	000001	000001
9906	Aantal detailrecords (retour)	0000006	0000004	0000006	0000006
...	Totaal (ingediend) declaratiebedrag	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000
...
...	Totaal toegekend bedrag		0000001000		00000000000
...

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

Bestand afgekeurd door VECOZO

4. Specifieke invulinstructie EI Declaratie Paramedische hulp

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is een invulinstructie opgenomen voor verschillende gegevens of groepen van gegevens die specifiek zijn voor de standaard EI Declaratie Paramedische Hulp. Tabel 4-1 toont een overzicht van de gegevens (groepen) met een verwijzing naar de desbetreffende rubriek(en).

Tabel 4-1 Invulinstructie per gegeven (rubriek)

Rubrieknr.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Par. nr.
0411	Aantal uitgevoerde prestaties.	ANT054-VEKT		4.2
0413	Aanduiding diagnosecodelijst (01).	COD696-VEKT		4.3
0414	Verwijsdiagnosecode paramedische hulp (01).	COD697-VEK1		4.4
0417	Aanduiding diagnosecodelijst (03).	COD688-VEKT		4.5
0418	Paramedische diagnosecode (01).	COD597-VEKT		4.6
0425	Zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer	COD836-VEKT		4.7
0426	Specialisme voorschrijver/verwijzer	COD953-VEKT		

4.2 Gegeven “0411 Aantal uitgevoerde prestaties”

Vanaf “0408 Datum prestatie” 01-01-2017

Alleen de prestaties ergotherapie en diëtetiek worden naar evenredigheid van de werkelijk bestede tijd in eenheden van kwartieren gedeclareerd (1 kwartier = aantal 1, 2 kwartieren = aantal 2).

Er wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde kwartier met een minimum van '1'. Als er bv. 11 minuten behandeld is komt er 1 in 'Aantal uitgevoerde prestaties'.

Als er bv. 36 minuten behandeld is dan komt er 2 in 'Aantal uitgevoerde prestaties'.

Voor de groepszittingen van overige zorgsoorten (fysiotherapie, logopedie en oefentherapie) geldt per 01-01-2017 dat ongeacht de duur van de behandeling het 'Aantal uitgevoerde

prestaties' 1 is. Het aantal moet met 1 gevuld worden. Dit is conform de systematiek van de overige prestaties (elke behandeling wordt als één zitting beschouwd, aantal uitgevoerde prestaties = 1).

Tot en met "0408 Datum prestatie" 31-12-2016

Er geldt:

In het algemeen wordt het aantal prestaties ingevuld. Bij prestaties zonder tijdstarief betreft dit het aantal zittingen. Bij prestaties met tijdstarief: in minuten, afgerond in veelvoud van 15 minuten in "0411 Aantal uitgevoerde prestaties" vullen. Bv. 36 minuten behandeling = afgerond 30 minuten, er komt 30 in Aantal uitgevoerde prestaties).

Een uitzondering geldt voor prestaties met tijdstarieven logopedie, waarvoor elke behandeling als één zitting wordt beschouwd, per zitting geldt: 0411 Aantal uitgevoerde prestaties = 1.

4.3 Invulling diagnosecodevelden (rubrieken 0413 t/m 0420)

De invulling van de diagnosecodevelden 0413 t/m 0420 is aangegeven in onderstaande tabel.

Nr.	Naam gegeven	Invulinstructie
0413	Aanduiding diagnosecodelijst (01)	<p>Invullen verplicht voor fysiotherapie (indien contractueel geregeld), oefen therapie, ergotherapie, tenzij er GEEN sprake is van een verwijdsdiagnose (bijvoorbeeld bij eenmalig onderzoek).</p> <p>De in dit veld aangegeven diagnosecodelijst wordt in het volgende gegeven toegepast.</p> <p>De volgende mogelijke verwijdsdiagnosecodelijsten kunnen ingevuld worden:</p> <p>005: Diagnose coderingssysteem paramedische hulp (DCSPH) voor fysiotherapie en oefen therapie</p> <p>013: Verwijsdiagnosecodelijst ergotherapie</p> <p>025: Verwijsdiagnosecodelijst dieetadvisering</p> <p>GEEN bilaterale/regionale diagnosecodes aanduiden!</p> <p>Voor de overige beroepsgroepen is nog geen verwijdsdiagnoses bepaald.</p>

Nr.	Naam gegeven	Invulinstructie
0414	Verwijsdiagnosecode paramedische hulp (01)	<p>Als een verwijsdiagnose ingevuld kan worden, vul dan een verwijsdiagnose in uit de verwijsdiagnoscodelijst die in 0413 is aangegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 005 Diagnose coderingssysteem paramedische hulp (DCSPH) voor fysiotherapie en oefentherapie • 013 Verwijsdiagnosecodelijst ergotherapie Zie de codelijst hiervoor op WESP bij de gepubliceerde codelijsten voor de PM304: COD546-Vekt. • 025 Verwijsdiagnosecodelijst dieetadvisering Zie de codelijst hiervoor op WESP bij de gepubliceerde codelijsten voor de PM304: COD610-Nvd.
0415	Aanduiding diagnosecodelijst (02)	<p>Relevant indien nog een tweede verwijsdiagnosecode kan worden ingevuld. Zie voor de invulling bij 0413.</p>
0416	Verwijsdiagnosecode paramedische hulp (02)	<p>Relevant indien nog een tweede verwijsdiagnosecode kan worden ingevuld. Zie voor de invulling bij 0414.</p>
0417	Aanduiding diagnosecodelijst (03)	<p>Invullen verplicht voor logopedie en ergotherapie, tenzij er GEEN sprake is van een paramedische diagnose.</p> <p>De in dit veld aangegeven paramedische diagnosecodelijst wordt in het volgende gegeven toegepast.</p> <p>De volgende mogelijke paramedische diagnosecodelijsten kunnen ingevuld worden:</p> <p>012: Paramedische diagnosecodelijst logopedie 016: Paramedische diagnosecodelijst ergotherapie</p> <p>Voor de overige beroepsgroepen wordt de toepassing van paramedische diagnoses nog bepaald.</p>
0418	Paramedische diagnosecode (01)	<p>Als een paramedische ingevuld kan worden, vul dan een paramedische diagnose in uit de paramedische diagnosecodelijst die in 0417 is aangegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 012 Paramedische diagnosecodelijst logopedie. Zie de codelijst hiervoor op WESP bij de gepubliceerde codelijsten voor de PM304: COD823-NVLF. • 016 Paramedische diagnosecodelijst ergotherapie Zie de codelijst voor hiervoor op WESP bij de gepubliceerde codelijsten voor de PM304: COD547-Vekt.
0419	Aanduiding diagnosecodelijst (04)	<p>Relevant indien nog een tweede paramedische diagnosecode kan worden ingevuld. Zie voor de invulling bij 0417.</p>

Nr.	Naam gegeven	Invulinstructie
0420	Paramedische diagnosecode (02)	Relevant indien nog een tweede paramedische diagnosecode kan worden ingevuld. Zie voor de invulling bij 0418.

4.4 Gegeven "0425 Zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer" en "0426 Specialisme voorschrijver/verwijzer"

Algemeen (condities en constraints die in de BER bij 0425 stonden)

"0425 Zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer" verplicht invullen als invulling contractueel afgesproken is. Als persoonlijk nummer dan niet bekend is "0426 Specialisme voorschrijver/verwijzer" invullen; als dan de behandelaar in een instelling werkt wordt hier de code van de instelling ingevuld.

Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Voor Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) wordt de verwijzer (rubriek 0425) altijd ingevuld. Als de persoonlijke AGB-code niet bekend is, dan de rubriek specialisme (0426) invullen. Als de behandelaar in een instelling werkt wordt in rubriek 0425 de AGB-code van de instelling ingevuld.

GZSP

Per 2021 is er sprake van een gewijzigde beleidsregel in het kader van de GZSP (Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen). Er geldt dat in geval van leveren van GZSP door een paramedicus een regiebehandelaar bekend moet zijn. De NZa wil graag inzicht in de regiebehandelaar, omdat deze verantwoordelijk is voor de inzet van andere zorgaanbieders in hetzelfde kader.

Dit betekent voor de declaratiestandaard Paramedische hulp PM304v3.2 dat prestaties die uitgevoerd worden in het kader van de GZSP in de declaratie voorzien moeten zijn van een herkenbare regiebehandelaar.

De PM304v3.0 heeft (in tegenstelling tot de PM304v4.0) geen rubriek 'regiebehandelaar'. Daarom moet in geval van GZSP de rubriek 0425 'Zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer' gevuld worden met de AGB-code van de natuurlijke persoon die regiebehandelaar is.

Enkele andere gevallen

Tandartsen kunnen ook verwijzen, bijvoorbeeld in het geval van tandenknarsen. Als er vanuit een opleidingsinstituut voor tandartsen verwezen wordt (bijvoorbeeld Acta uit Amsterdam), dan wordt de zorgverlenerscode van de verantwoordelijke verwijzende tandarts van het opleidingsinstituut in 0425 opgenomen. Als de verantwoordelijke verwijzer geen AGB-code heeft, dan wordt in 0425 de AGB-code van het opleidingsinstituut ingevuld en in 0426 het specialisme van de verwijzer (1200 = tandarts algemeen practicus).

Opleidingscentra voor tandartsen vallen in AGB onder 'Tandheelkundige centra' (zorgverlenerssoort 38).

Jeugdartsen kunnen ook verwijzen (specialisme = 8428).

4.5 Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie (u.i.)

Inleiding

De invoering van de pakketmaatregelaanspraak bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie (u.i.) en de wijziging fysiotherapie met betrekking tot het aantal eerste behandelingen voor eigen rekening naar 12 voor verzekerden van 18 jaar en ouder per 01-01-2011 heeft consequenties voor het declaratieverkeer PM.

In samenwerking met verzekeraars, het KNGF en de NVFB is de werkwijze declareren bekkenfysiotherapie bij u.i. en de aanpassing voor de tabel Code Soort Indicatie Paramedische Hulp (CSI) nader uitgewerkt (PM304, rubriek 0421). Per 01-01-2011 is de tot eind 2010 geldende codelijst COD321-Vek1a (Vektis) vervangen door COD321-Vek1b (Vektis). Zie in de codelijst COD321-Vek1 voor de verschillen tussen de COD321-Vek1a en de COD321-Vek1b.

De toelichting op het gebruik van COD321-Vek1b treft u hierbij aan. Het op een eenduidige wijze toepassen van de werkwijze declareren bekkenfysiotherapie bij u.i. door betrokken ketenpartijen geeft helderheid in de uitvoering.

Toelichting op het gebruik van COD321-Vek1b (Vektis)

De werkwijze en de aanpassing voor de CSI tabel COD321-Vek1b worden hierbij nader toegelicht.

Werkwijze declareren bekkenfysiotherapie bij u.i.

Het onderscheid ten behoeve van de aanspraak bekkenfysiotherapie bij u.i. wordt op basis van bestaande prestaties bekkenfysiotherapie, CSI en de diagnosecode gemaakt.

Er worden in de werkwijze een tweetal uitgangssituaties gehanteerd:

- a.** Er is in relatie tot u.i. geen sprake van een ziekenhuisopname geweest.
- b.** Er is in relatie tot u.i. sprake van een ziekenhuisopname geweest gevolgd door bekkenfysiotherapie bij u.i.
Ingeval er sprake is geweest van een ziekenhuisopname is er nl. voor één jaar na ontslagdatum aanspraak op Zvw met betrekking tot fysio-/oefentherapie (dus ook bekkenfysiotherapie bij u.i.).

Zie na deze blz.

Ad a. Geen ziekenhuisopname geweest:

Prestatiecodelijst 12

Prestatiecodes	CSI* In volgorde van aanlevering/ verwerking	Diagnosecode
Zittingen bekkenfysiotherapie: 1600, 1601, 1602 en 1603	010 (Zvw) 009 (AV)	6486
Screening, intake en onderzoek na screening, intake en onderzoek na verwijzing: 1850, 1851, 1852, 1853, 1860, 1861, 1862, 1863, 1870, 1871, 1872 en 1873	010 (Zvw) 009 (AV)	6486

*Toelichting op de werkwijze bij gebruik van CSI codes ingeval bekkenfysiotherapie u.i. bij geen gerelateerde ziekenhuisopname:

010: gebruiken voor de eerste 9 zittingen bekkenfysiotherapie bij u.i. ten laste van Zvw

009: gebruiken voor de vervolgzittingen bekkenfysiotherapie bij u.i. ten laste van AV (indien van toepassing).

Ad b. Bekkenfysiotherapie u.i. na ziekenhuisopname:

Prestatiecodelijst 12

Prestatiecodes	CSI* In volgorde van aanlevering/ verwerking	Diagnosecode
Zittingen bekkenfysiotherapie: 1600, 1601, 1602 en 1603	010 (Zvw) 009 (AV) 001 (Zvw) 009 (AV)	6486
Screening, intake en onderzoek na screening, intake en onderzoek na verwijzing: 1850, 1851, 1852, 1853, 1860, 1861, 1862, 1863, 1870, 1871, 1872 en 1873	010 (Zvw) 009 (AV) 001 (Zvw) 009 (AV)	6486

*Toelichting op de werkwijze bij gebruik van CSI codes ingeval bekkenfysiotherapie u.i. bij een gerelateerde ziekenhuisopname:

010: Gebruiken voor de eerste 9 zittingen bekkenfysiotherapie bij u.i. ten laste van Zvw.

009: Gebruiken voor de volgende 3 zittingen bekkenfysiotherapie bij u.i. ten laste van AV (indien van toepassing). (De combi van 010 en 009 maakt max. 12 zittingen).

001*: Gebruiken voor n-zittingen bekkenfysiotherapie bij u.i. ten laste van Zvw tot maximaal 1 jaar na ontslagdatum ziekenhuis.

009: Gebruiken voor de vervolgzittingen bekkenfysiotherapie bij u.i. ten laste van AV (indien van toepassing) na meer dan 1 jaar na ontslagdatum ziekenhuis.

* In het kader van therapie volgend op gerelateerde ziekenhuisopname valt aanspraak onder de chroniciteitssystematiek waarbij dan geldt dat per 01-01-2011 de eerste 12 zittingen AV of rekening cliënt zijn.

De volledige beschrijving van de CSI staat in COD321-Vek1b (Vektis), die per 01-01-2011 geldt. De wijzigingen daarin per 01-01-2011 betreffen de beschrijvingen van de coderingen 003, 008 en 009. Verder is code 010 toegevoegd.

4.6 Enige bijzonderheden m.b.t. dieetadvisering

Invoering verwijsdiagnosecode dieetadvisering per 2014

Per 01-01-2014 wordt voor dieetadvisering de "verwijsdiagnosecode dieetadvisering" in gebruik genomen.

2014 is een overgangperiode waarbij er nog géén sprake is van een verplichte aanlevering van de verwijsdiagnosecode.

Per 0-01-2015 is er wel verplichte aanlevering waarbij "0408 Datum prestatie" als peildatum geldt. Deze afspraak geldt ook voor de prestaties waarbij sprake is geweest van dieetadvisering via directe toegang; met uitzondering van de prestatie 6050 "Screening directe toegang", hiervoor dient geen verwijsdiagnosecode te worden aangeleverd.

Bij de volgende prestatiecodes wordt de verwijsdiagnosecode aangeleverd:

6000 Reguliere behandeling dieetadvisering door vrijgevestigde diëtisten

6100 Groepsbehandeling dieetadvisering

6300 Dieetadvisering als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten met DM, COPD en VRM.

6302 Groepsbehandeling als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten met DM, COPD en VRM.

Nb. Voor prestatiecode 6050 Screening directe toegang geldt geen aanlevering van de verwijsdiagnosecode.

Soms worden patiënten om meerdere redenen in behandeling genomen. In beginsel zijn er twee velden beschikbaar om verwijsdiagnosecodes in te vullen.

Daarom heeft de NVD verzocht om meerdere verwijsdiagnoses per patiënt mee te kunnen geven om twee redenen:

- Bij patiënten van de diëtist is vaak sprake van comorbiditeit/multimorbiditeit. Niet altijd is duidelijk welke de belangrijkste aandoening is
- Er zijn nu enkele diagnosecodes waar nog discussie over is. Door een tweede verwijscode kan meer duidelijkheid ontstaan over de waarde van de 'discussiecodes'.

Het eerste verwijsdiagnosecodeveld is het belangrijkste; hier moet de belangrijkste verwijsdiagnosecode ingevuld worden. Het tweede veld, voor een tweede verwijsdiagnosecode is optioneel.

Vermelden "0427 Reden einde zorg" :

- Diëtisten gaan bij beëindiging van de zorg van voornoemde prestaties "Reden einde zorg" vermelden (behoudens bij prestatie Screening directe toegang).
- Datum invoering aanlevering Reden einde zorg:
Het jaar 2014 geldt als overgangperiode, d.w.z. in 2014 kan Reden einde zorg optioneel worden aangeleverd.
Per 01-01-2015 verplichte aanlevering ingeval er sprake is van beëindiging zorg (zijnde procesafpraak) waarbij "0408 Datum prestatie" als peildatum geldt .

Beheer verwijsdiagnosecodelijst dieetadvisering

De NVD en ZN kunnen in overleg eventuele aanpassing van verwijsdiagnosecodes vaststellen. De NVD stelt duidelijke instructies op voor haar leden, waaronder duidelijke declaratie-instructies op voor hoe te handelen bij het tussentijds muteren van codes en het correct aangeven per wanneer die wijziging ingaat. Deze instructie wordt ook aan de verzekeraars beschikbaar gesteld. Vektis is technisch beheerder, d.w.z. dat de wijzigingen van de codelijst door Vektis worden opgenomen en gepubliceerd

4.7 Werkwijze enkele codes soort indicatie paramedische Hulp

Om onderscheid te kunnen maken tussen de aanspraak Claudicatio Intermittens Fontaine 2 en 3 per 01-01-2017 is voor Fontaine 2 een nieuwe code toegevoegd aan de codelijst "0421 Code soort indicatie paramedische Hulp" namelijk ('CSI-code 11'). Deze CSI-code 11 wordt dus uitsluitend gehanteerd bij de aanspraak Claudicatio Intermittens Fontaine 2 en kent een maximum van 37 behandelingen. Tevens is gebruik van diagnosecode 9248 verplicht.

Voor de aanspraak Claudicatio Intermittens Fontaine 3 geldt de huidige werkwijze en dient gedeclareerd te worden met diagnosecombinatie xx48 en CSI-code 008 (t/m 20e behandeling) en CSI-code 001 (vanaf 21e behandeling), met een gelimiteerde periode van 12 maanden.

Om verwarring te voorkomen in de aanspraak Claudicatio Intermittens Fontaine 2 is het gebruiken van diagnosecode 9248 verplicht. Het betreft immers een aandoening in de onderste lichaamshelft en gesuperviseerde looptraining is altijd gericht op twee benen. Andere combinatie zijn niet toegestaan.

De werkwijze voor de CSI-codes 009 (AV) en 011 (Claudicatio intermittens) in relatie met prestatiecodes van de prestatiecodelijst 012 zijn:

Prestatiecodes	CSI-code*	Diagnosecode
	In volgorde van aanlevering/ verwerking	
<p>Fysiotherapie <u>Prestatiecodelijst 012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intake en onderzoek fysiotherapie na verwijzing • Individuele zitting regulier fysiotherapie • Toeslag voor behandeling fysiotherapie in een instelling • Toeslag voor behandeling fysiotherapie aan huis • Groepszitting voor behandeling fysiotherapie van twee personen • Groepszitting voor behandeling fysiotherapie van drie personen • Groepszitting voor behandeling fysiotherapie van vier personen • Groepszitting voor behandeling fysiotherapie van vijf tot en met tien personen <p>Oefentherapie <u>Prestatiecodelijsten 012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intake en onderzoek oefentherapie Cesar/Mensendieck na verwijzing • Individuele zitting reguliere oefentherapie Cesar/Mensendieck • Toeslag voor behandeling oefentherapie Cesar/Mensendieck in een instelling, • Toeslag voor behandeling oefentherapie Cesar/Mensendieck aan huis, • Groepszitting voor behandeling oefentherapie Cesar/Mensendieck van twee personen, • Groepszitting voor behandeling oefentherapie Cesar/Mensendieck van drie personen, • Groepszitting voor behandeling oefentherapie Cesar/Mensendieck van vier personen, 	<p>011 (Zvw) 009 (AV)</p>	<p>9248</p>

Prestatiecodes	CSI-code* In volgorde van aanlevering/ verwerking	Diagnosecode
<ul style="list-style-type: none">Groepszitting voor behandeling oefentherapie Cesar/Mensendieck van vijf tot en met tien personen		

4.8 Uniforme Diagnosecodesystematiek Paramedische Hulp codelijst (uniforme DCSPH-codelijst)

De Diagnosecodesystematiek Paramedische Hulp (DCSPH) is een viercijferige code die bestaat uit twee posities voor de localisatie van de aandoening en twee posities voor de pathologie. In het verleden werden voor het gebruik van de DCSPH-codes door verschillende verzekeraars verschillende restricties toegepast. Om hierin uniformiteit aan te brengen is in ZN-verband een uniforme lijst met DCSPH-codes opgesteld die gebruikt mogen worden. Het betreft een subset van alle eerder toegestane DCSPH-codes. De codesystematiek verandert dus niet.

Per 1-1-2020 dient deze uniforme DCSPH-codelijst te worden gebruikt voor nieuwe trajecten.

Vanaf 1-1-2020 gebruikt de declarerende partij de uniforme DCSPH-codelijst voor trajecten die vanaf die datum nieuw starten. Reeds voor 2020 gestarte trajecten blijven onveranderd en worden met de t/m 2019 bepaalde DCSPH-code gedeclareerd. Op deze manier kan op een later moment (als de meeste trajecten zijn uitgedeclareerd) worden overgegaan op het omnummeren van de laatste trajecten, waarna zorgverzekeraars oude codes dicht kunnen zetten. Dit kan plaatsvinden na livegang van de nieuwe versie 4.0 van de PM304.

De uniforme DCSPH-codelijst wordt gepubliceerd en technisch beheerd door Vektis

4.9 Overgang PM304v3.2 naar GDS801v2.0

[Per 01-01-2025 gaat de Paramedische zorg over naar de GDS801v2.0.](#)

- [Alle prestaties met een Datum prestatie tot en met 31-12-2024 worden met PM304v3.2 gedeclareerd.](#)
- [Alle prestaties met een Datum prestatie vanaf 01-01-2025 worden met GDS801-GDS802v2.0 gedeclareerd.](#)

[Met andere woorden rubriek "0408 Datum prestatie" is leidend om te bepalen of de declaratie via PM304v3.2 of de GDS801v2.0 ingediend moet worden.](#)

5. Bijlagen

5.1. Mutatieoverzicht

Dit overzicht is ten behoeve van correctief onderhoud bij uitbrengen van een nieuwe (sub)versie van de EI-standaard en voor het aanbrengen van correcties en verduidelijkingen in dit document.

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
10-10-2024	S24.008	Par 4.9	Er is een nieuwe paragraaf toegevoegd over de overgang van PM304v3.2 naar GDS801v2.0
10-07-2020	S20.020	Par. 4.4	Er is een alinea toegevoegd over 'GZSP' in verband met een gewijzigde beleidsregel voor de GZSP per 2021.
16-10-2019	S19.013	Par. 4.8	Deze nieuwe paragraaf 4.8 over de uniforme DCSPH-codelijst is toegevoegd.
01-11-2018	S18.023	Par. 4.4	Wegens invoering gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) per 1-1-2019 is de tekst paragraaf vervangen door nieuwe tekst.
30-10-2018		Par. 4.4	Correctie: "Consultatiebureau-artsen kunnen ook verwijzen (specialisme = 8420)" veranderd in "Jeugdartsen kunnen ook verwijzen (specialisme = 8428)".
20-06-2017	S17.003	Par. 4.2	Gegeven "0411 Aantal uitgevoerde prestaties" in de INV nog iets duidelijker beschreven bij het declareren in eenheden van 15 minuten.
12-06-2017	-	Par. 4.3	Aanpassing par. "4.3 Invulling diagnosecodevelden" voor code 005 aan huidige terminologie. De omschrijving "005 VNZ-diagnosecodelijst fysiotherapie/oefentherapie (C/M)" is herbenoemd

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
			naar "005 Diagnose coderingssysteem paramedische hulp (DCSPH)".
29-11-2016	S16.005	Par. 4.2	Aanpassing par. 4.2 Gegeven "0411 Aantal uitgevoerde prestaties".
29-11-2016	S16.005	Par. 4.7	Toevoeging par. 4.7 "Werkwijze enkele codes soort indicatie paramedische Hulp", in verband met Claudicatio Intermittens per 2017.
24-03-2016	16.003	Paragraaf 4.5	Op zowel blz. 51 als blz. 52 wordt de tabel "b. Prestatiecodelijst 16" verwijderd. Onnodige 'nummering' is binnen de paragraaf verwijderd.
09-12-2015	15.028	Paragraaf 4.2	Aanpassing invulling gegeven "0411 Aantal uitgevoerde prestaties" aan actuele praktijksituatie.
05-12-2013		Paragraaf 4.6	Paragraaf "Enige bijzonderheden m.b.t. dieetadvisering" toegevoegd.
05-12-2013	12023 enz.	Paragraaf 4.3	Diagnosecodelijst dieetadvisering toegevoegd. De RfC 12023 is na goedkeuring nog licht bijgesteld en aangevuld op basis van afstemming ZN en NVD.
20-12-2012		Paragraaf 4.3 t/m 4.6	Paragrafen 4.3 t/m 4.6 vervangen door paragraaf 4.3, waarbij teksten gecorrigeerd/verduidelijkt en in overeenstemming met de actuele RBC: PM304v3.2_RBCu8.xls. Betreft diagnosecodevelden 0413 t/m 0420. De paragrafen hierna hernummerd.
20-12-2012	12.001	Paragraaf 2.3.3	Tekst toegevoegd: "Een factuurnummer mag hergebruikt wordt in geval van een afwijzing door VECOZO en niet in geval van een afwijzing door een zorgverzekeraar." Voetnoot toegevoegd: "Het is bekend dat sommige verzekeraars hier wél op controleren, en andere verzekeraars niet; deze ongelijkheid blijft voorlopig."
20-12-2012	12.007	Paragraaf 2.3.16	Tekst toegevoegd: "Een factuurnummer mag hergebruikt wordt in geval van een afwijzing door

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
			<p>VECOZO en niet in geval van een afwijzing door een zorgverzekeraar."</p> <p>Voetnoot toegevoegd: "Het is bekend dat sommige verzekeraars hier wél op controleren, en andere verzekeraars niet; deze ongelijkheid blijft voorlopig."</p>
20-12-2012		Paragraaf 2.3.5	<p>In paragraaf 2.3.5 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde, verzekerdennummer is tabel 2-4: Gebruik BSN en verzekerdennummer aangepast:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De eerste rij en de tweede kolom zijn verwijderd.
20-12-2012		Paragraaf 3.3	<p>In paragraaf 3.3 Recordcontroles en voorbeeld vulling retourbericht is tekst aangepast:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voorbeeld 4b Fout in prestatierecord, VECOZO, tweede alinea is tekst verwijderd. - voorbeeld 6 Fout in sleutel prestatierecord, VECOZO en Zorgverzekeraar, 2x een zelfde zin gewijzigd in: "Hiermee is vastgesteld dat sprake is van een onjuiste fysieke relatie tussen het verzekerde- en het prestatierecord."
20-12-2012	10.025	Paragraaf 2.3.11	<p>Toegevoegd: "Het gegeven tarief prestatie (incl. BTW) dient gevuld te worden met een landelijk tarief, contracttarief of tarief dat door een zorgverlener wordt gehanteerd."</p>
01-07-2011	11.002	Paragraaf 2.3.3	<p>Toegevoegd paragraaf 2.3.3 Factuurnummer declarant</p> <p>NB. Paragraafnummers 2.3.3 t/m 2.3.15 opgehoogd naar 2.3.4 t/m 2.3.16.</p>
01-07-2011	10.009	Paragraaf 2.3.6	<p>Toegevoegd paragraaf 2.3.6 Logische sleutels verzekerdenrecord.</p> <p>NB. Paragraafnummers 2.3.6 t/m 2.3.16 opgehoogd naar 2.3.7 t/m 2.3.17.</p>
01-07-2011	n.v.t.	Hoofdstuk 3	<p>Integrale aanpassing Hoofdstuk 3 Generieke invulinstructie retourinformatie naar de rol van VECOZO in het controleproces EI-berichten.</p> <p>Bijgewerkt op de goedgekeurde RfC's via WGCM tot 1 juli 2011 #117.</p>

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
22-03-2011		Hoofdstukken 1 t/m 3.	Aangepast aan de generieke teksten d.d. 31-01-2011.
22-03-2011	11003	4.8 Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie (u.i.)" toegevoegd.	Paragraaf "toegevoegd
01-05-2007		Voor-, schutblad	Tekstuele wijziging: Aanpassing Versie bericht: 7.1 wordt 7.2 .
01-05-2007		Voor-, schutblad	Tekstuele wijziging: Aanpassing Versiedatum bericht: 01-10-2006 wordt 01-05-2007.
01-05-2007	0023	Status	Tekstuele wijziging: Naam koepel ActiZ toegevoegd bij: Status. Reden diëtisten die in een thuiszorginstelling werken.
01-05-2007	0042	2.2 Adres-/ identificatievelden bij verschillende berichtstromen	Tekstuele wijziging: Gegevens element 0407 Doorsturen toegestaan is mandatory; volgens invulinstructie wordt veld niet ingevuld als declaratie van ZA/SB naar ZV gaat. Tabel 2-2 in invulinstructie "niet vullen" gecorrigeerd in "code 1 ja vullen" (indien ZA of SB -> ZV).
01-05-2007	0043	2.2.7 Relatie soort debiteur	Paragraaf verwijderd: gegeven indicatie cliënt overleden komt niet voor in de PM EI-standaard.
01-05-2007	06001	2.2.7 Tarief prestatie (incl. BTW).	Tekstuele wijziging: aanpassing definitie.
01-05-2007	06001	2.2.8 Berekend bedrag (incl. BTW).	Tekstuele wijziging: aanpassing definitie.
01-05-2007	06001	2.2.9 Declaratiebedrag (incl. BTW).	Tekstuele wijziging: aanpassing definitie.
01-05-2007	06001	2.2.10 Berekend bedrag als grondslag voor vergoeding.	Tekstuele wijziging: paragraaf is toegevoegd ter verduidelijking gebruik bedragvelden.
01-05-2007	06001	2.2.11 Werken met de grondslag.	Tekstuele wijziging: paragraaf is toegevoegd ter verduidelijking gebruik bedragvelden.
01-05-2007	07003	2.2.12 Referentienummer dit prestatierecord.	Tekstuele wijziging: - paragraafnummer gewijzigd van 2.2.11 in 2.2.13 als gevolg van nieuwe paragrafen; - tekst onder subkop "Creditdeclaratie en referentienummers" is verwijderd en vervangen door een verwijzing naar het STB.

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
01-05-2007	0022	3.3 recordcontroles en voorbeeldvulling retourbericht.	Tekstuele wijziging: tabel 3-3, voorbeeld 6: BSN verkeerd ingevuld in retourbericht (1e prestatierecord onder 2e verzekerderecord). In retourbericht mogen geen gegevens gewijzigd worden. Correctie "000197243" in "300197243".
01-05-2007	0025	4 Specifieke invulinstructie EI Retourinformatie Declaratie Paramedische hulp.	Tekstuele wijziging: "Specifieke invulinstructie EI Retourinformatie Declaratie Paramedische hulp" wijzigen in "Specifieke invulinstructie EI Declaratie Paramedische hulp".
15-03-2007	2007 03-03	2.2 Adres-/identificatievelden bij verschillende berichtstromen.	Aanvullende beschrijving wijze van vullen van declarantrubrieken in het voorlooprecord in geval van een rechtspersoon, een gezondheidscentrum of een samenwerkingsverband. Hierin zijn opgenomen een verduidelijking in het declareren <i>namens of uit eigen naam</i> en aanvullende invulvoorbeelden (tweede uitgave, 1 mei 2007).
01-12-2006	200612-14	2.1 Inleiding	Tekstuele wijziging. In de Invulinstructie, paragraaf 2.1 Inleiding, tabel 2.1 Invulinstructie per gegeven (rubriek) staat bij gegeven identificatie detailrecord het rubrieknummer "9902" vermeld. Het sluitrecord heeft geen identificatie detailrecord. De tekst "9902" dient verwijderd te worden.
01-12-2006	200612-04	3.3 recordcontroles en voorbeeldvulling retourbericht.	Tekstuele wijziging. Foutieve telling records in het sluitrecord in tabel 3-2 Voorbeeld retourberichten en tabel 3-3 Voorbeeld retourberichten recordcontroles.

Hieronder staan de wijzigingen in de voorlaatste uitgave (15-10-2006) van dit document. De nummers van de paragrafen komen overeen met die in de voorlaatste uitgave van de Invulinstructie bij de EI-standaard (versie 3.1).

Datum	Documentdeel	Mutatie
15-10-2006	Hele document	Subversienummers zijn opgehoogd met 1. Versiedata en uitgavedata zijn gewijzigd in 15-10-2006.
15-10-2006	Tabel 2-2	"0115 Identificatiecode betaling aan" gewijzigd in "0113 Identificatiecode betaling aan".
15-10-2006	3.3 Recordcontrole s en voorbeeld vulling retourbericht	Voorbeeld 4: Tekst "In gegeven retourcode (01) van de overige records van deze verzekerde wordt telkens de waarde 8002 = (record is niet beoordeeld (wegens afkeuring boven- of ondergeschikte[e] record[s])) gevuld. Dit geldt ook voor eventuele commentaarrecords die bij het verzekerdenrecord en/of bij de bijbehorende prestatie records horen." vervangen door "In gegeven retourcode (01) van de overige records op het verzekerdeniveau van deze verzekerde (inclusief eventuele commentaarrecords) wordt telkens de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) gevuld. In gegeven retourcode (01) van de records op prestatie-/declaratieniveau (inclusief commentaarrecords) van deze verzekerde wordt telkens de waarde 8002 = (record is niet beoordeeld (wegens afkeuring boven- of ondergeschikt[e] record[s])) gevuld."
15-10-2006	Tabel 2-3	Identificatie detailrecord laatste twee commentaarrecords gewijzigd.
15-10-2006	Hoofdstuk 3	Hoofdstuknaam gewijzigd.