



Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg

REGELING NR/REG-1932

Vastgesteld op 7 mei 2019

Op grond van de artikelen 36, 61, 62 en 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), alsmede de beleidsregel 'Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg', stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vast.

Ingevolge artikel 68, eerste lid, van de Wmg, kan de NZa regels stellen die inhouden door wie, aan wie en op welke wijze deze gegevens en inlichtingen moeten worden verstrekt.

Artikel 1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op de navolgende categorieën van instellingen, voor zover deze zorgproducten in het gereguleerde segment leveren:

- algemene ziekenhuizen;
- universitaire medische centra;
- zelfstandige behandelcentra;
- instellingen voor revalidatiezorg;
- categorale instellingen voor long/astmazorg;
- huisartsenlaboratoria;
- trombosediensten;
- productiesamenwerkingsverbanden.

Deze regeling is niet van toepassing op:

- categorale instellingen voor epilepsiezorg;
- radiotherapeutische centra;
- dialysecentra;
- audiologische centra;
- instellingen die geriatrische revalidatiezorg leveren.

Artikel 2. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt, tenzij anders bepaald, verstaan onder:

Accountant

Een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek.

Add-ons

Overige zorgproducten, uitgedrukt in zorgactiviteiten, behorend bij een DBC-zorgproduct. Alleen zorg op de Intensive Care (IC) alsmede een limitatief aantal dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on. Add-ons vallen onder de categorie 'Supplementaire producten'.

DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit een subtraject en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen. Een subtraject dat voldoet aan de voorwaarden met betrekking tot de afleiding ervan, leidt, in combinatie met het zorgprofiel, tot een declarabel DBC-zorgproduct.

DBC-zorgproductcode

Het unieke nummer van een DBC-zorgproduct dat bestaat uit negen posities, te weten DBC-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke DBC-zorgproduct binnen de DBC-zorgproductgroep (drie posities).

Directe kosten

Alle kosten die worden gemaakt door de organisatieonderdelen die direct betrokken zijn bij het leveren van een zorgprestatie aan een patiënt. Het betreft derhalve de kosten die in het primaire zorgproces ontstaan, ofwel in de organisatiedelen die in direct contact met de patiënt staan.

Gereguleerd segment

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel c, Wmg, vaststelt.



Incidentele baten / lasten

Buitengewone baten en lasten welke incidenteel voorkomen. Als incidentele baten en lasten worden aangemerkt de baten en lasten die niet uit de gewone bedrijfsuitvoering van de instelling voortvloeien. Dit geldt ook voor baten en lasten welke aan een ander boekjaar moeten worden toegerekend.

Indirecte kosten

De kosten die worden gemaakt door organisatieonderdelen die ondersteunend of voorwaardenscheppend zijn ten behoeve van het primaire proces en die niet direct in contact met de patiënt staan of de kosten die niet direct zijn toe te wijzen aan de levering van een prestatie of verrichting aan een patiënt.

Kosten categorie

Een specifieke aanduiding van (clusters van) bepaalde kosten.

Kostendrager

Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.

Kostprijs

De kosten in verband met het verrichten van bepaalde zorgactiviteiten of zorgproducten waarbij de toerekening plaatsvindt conform het kostprijsmodel als beschreven in de beleidsregel 'Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg'.

Onderlinge dienstverlening

Het leveren van zorg als (onderdeel van een) DBC-zorgproduct door één of meerdere instellingen of medisch specialisten (niet zijnde de hoofdbehandelaar) op verzoek van de hoofdbehandelaar.

Overige zorgproducten (OZP)

De los declarabele prestaties binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde DBC-zorgproducten.

Specialist

Medisch specialist die als zodanig is ingeschreven bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

Specialist in loondienst

De specialist die op basis van een arbeidsovereenkomst werkzaam is bij een instelling voor medisch-specialistische zorg.

Specialist niet in loondienst

De specialist die op basis van een mondelinge of schriftelijke overeenkomst, niet zijnde een arbeidsovereenkomst, werkzaamheden in verband met het leveren van medisch-specialistische zorg verricht in opdracht van of namens een instelling voor medisch-specialistische zorg.

Totale zorgproductie

De totale zorgproductie van een zorginstelling bestaande uit alle gedeclareerde zorgproducten binnen zowel het gereguleerde als het vrije segment binnen een bepaalde periode.

Vrij segment

Het geheel van prestaties waarvoor vrije tarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel a, Wmg, gelden.

Zorgactiviteit

De zorgactiviteiten zijn de bouwstenen van het DBC-zorgproduct en vormen gezamenlijk het profiel van een DBC-zorgproduct. Ze bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welke DBC-zorgproduct kan worden gedeclareerd.

Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten.

Zorgproduct

Een aanduiding van prestaties binnen de medisch specialistisch zorg. Zorgproducten zijn onderverdeeld in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten.

Zorgprofiel

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.

Artikel 3. Inrichting administratie

1. De instelling richt haar administratie op een zodanige wijze in dat daaruit kunnen worden afgeleid:
 - alle met levering van zorgprestaties verbonden en toegerekende kosten onderscheiden naar het vrije respectievelijk gereguleerde segment;
 - de toedeling van deze kosten aan kostendragers, waarbij deze totale kosten aansluiten met de kosten op de jaarrekening;
 - een volledige en controleerbare registratie van gehanteerde kostendragers die aansluiten bij het totaal aantal kostendragers welke gekoppeld zijn aan de zorgproducten.
2. De instelling hanteert kostendragers die aan een jaarrekening (boekjaar) toegewezen kunnen worden.
3. Bij het uitvoeren van kostprijsberekeningen hanteert de instelling een bestendige en gedocumenteerde gedragslijn.



- De instelling wijst kosten zoveel als mogelijk direct toe aan afdelingen.
- Kosten die niet rechtstreeks zijn toe te wijzen aan afdelingen (indirecte kosten) worden met gebruikmaking van onderstaande verdeelsleutels verdeeld over afdelingen:

Omschrijving	Verdeelsleutel
Raad van Bestuur	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Personeelszaken	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Communicatie	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Financieel beleid	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Medezeggenschapsorganen	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Kwaliteit zorg	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Juridische zaken	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Klachtenbureau	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Commissies	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Financiële administratie	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Zorgadministratie	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Patiëntenadministraties (balie)	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Salarisadministratie	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Kapitaalslasten	Gewogen** m ²
Energie	Gewogen m ²
Technische dienst	Gewogen m ²
Instrumentele dienst	Afschrijving app
Patiëntenlogistiek (vervoer)	Verpleegdagen (ZPK*** 3)
Huisvesting	Gewogen m ²
Goederentransport	Materiële kosten
Inkoop	Materiële kosten
Magazijn	Materiële kosten
Schoonmaak	Gewogen m ²
Beddencentrale	Verpleegdagen (ZPK 3) / Dagverpleging (ZPK 2)
ICT	Formatiesleutel of werkplekken
Telefooncentrale	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Textielservice	Verpleegdagen (ZPK 3) / Dagverpleging (ZPK 2)
Keuken	Verpleegdagen (ZPK 3)
Personeelsrestaurant	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Beveiliging	m ²
Stafcalamiteiten	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Drukkerij	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Medische bibliotheek	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Postkamer	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Wachtgeld/ lasten inactieven	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Centraal Archief	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Facilitaire diensten (incl. resultaat parkeren)	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Exploitatiekosten apotheek	Verpleegdagen (ZPK 3) / Dagverpleging (ZPK 2)

* FTE is inclusief personeel niet in loondienst (pnil)

** M² kunnen worden gewogen op basis van College Bouw Zorginstellingen (2010)

*** ZPK staat voor zorgprofielklasse

Voor indirecte kosten die niet in bovenstaande lijst zijn opgenomen worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Voor personeelskosten wordt een 'formatiesleutel' gebruikt;
- Voor gebouwgebonden kosten wordt de verdeelsleutel '(gewogen) m²' gebruikt;
- Voor kosten gerelateerd aan de inkoop, het vervoer, de opslag of verwerking van materiaal wordt de verdeelsleutel 'materiële kosten' gebruikt;
- Voor kosten gerelateerd aan het verblijf van de patiënt wordt de verdeelsleutel 'Verpleegdagen/ Dagverpleging' gebruikt.

- De instelling baseert verdelingen en toewijzingen van kosten aan kostendragers op causale relaties.
- Voor het toewijzen van honorariumkosten aan kostendragers gebruikt de instelling een tijdsleutel; bij voorkeur een eigen tijdsleutel en wanneer deze niet beschikbaar is, wordt gebruik gemaakt van de landelijk vastgestelde normtijd.



8. Het is niet toegestaan om het NZa-tarief te gebruiken voor het verdelen van kosten over kostendragers.

Artikel 4. Beschikbaarheid van documenten

1. De instelling draagt er zorg voor dat documentatie over de uitvoering van de berekening en over de gemaakte onderliggende keuzes beschikbaar en controleerbaar is voor zowel de accountant als de NZa gedurende een periode van twee jaar gerekend vanaf de datum van aanlevering van de gegevens aan de NZa, een en ander op de wijze als beschreven in artikel 6.
2. De documentatie bedoeld in het vorige lid betreft in ieder geval:
 - De toepassing van de principes zoals opgenomen in onderhavige regeling;
 - De gemaakte keuzes in de kostprijsberekening (waaronder de ratoberekening van indirecte kosten naar directe kosten per zorgproduct);
 - De gehanteerde principes in de kostprijsberekening en de wijze waarop de principes zijn ingevuld;
 - Gemaakte correctieboekingen in productie, kosten of opbrengsten.

Artikel 5. Verwerking kostprijsgegevens

1. In de kostencategorie 'Opbrengsten: overige opbrengsten' genoemd in artikel 6, lid 5, worden de volgende opbrengstenstromen opgenomen:
 - Rijksbijdrage Werkplaatsfunctie
 - Rijksbijdrage Onderzoek en Onderwijs
 - Opleidingsfonds
 - Overige opleidingen voor zover uit externe geldstroom gefinancierd
 - Onderlinge dienstverlening (medisch/productie)
 - Niet patiëntenzorg gebonden opbrengsten (huur, rente, dienstverlening aan derden, parkeeropbrengsten, etc)
 - Door derden betaald (wetenschappelijk) onderzoek waar geen productie tegenover staat
 - Doorbelaste diensten aan medische specialisten niet in loondienst
 - Overige subsidies
 - Incidentele baten/lasten
2. De opbrengstenstromen worden, voor zover mogelijk, toegerekend op basis van causale relaties. In het geval dat deze opbrengstenstromen niet zijn toe te rekenen op basis van causale relaties worden zij naar rato van directe en indirecte kosten (na aftrek van patiëntgebonden materiële kosten) toegerekend aan alle zorgproducten.
3. De instelling rekent alle kosten op het niveau van de kostencategorieën genoemd in artikel 6, lid 5, toe aan kostendragers.
4. Bij de toerekening van kosten aan kostendragers zorgt de instelling voor een aansluiting van de totale kosten op de jaarrekening.
5. De kostprijzen van zorgproducten komen tot stand door de kostprijs per kostendrager te vermenigvuldigen met het gemiddelde aantal keren dat deze per zorgproduct voorkomt. Zwevende verrichtingen die geen onderdeel zijn van een zorgproduct worden hierbij uitgesloten.
6. Voor de kostendragers hanteert de instelling een afgebakend jaar t. Voor de toerekening aan de declarabele DBC-zorgproducten geopend in jaar t-1 en gesloten in jaar t geldt dat de kostprijs van de kostendrager in jaar t-1 gelijk is aan die in jaar t.

Artikel 6. Aanlevering kostprijsgegevens

1. De instelling berekent van alle declarabele zorgproducten afzonderlijk kostprijzen. Het totaal van de aan de zorgproducten toegerekende kosten moet gelijk zijn aan het totaal van de kosten welke aan de kostendragers zijn toegerekend.
2. De instelling is verplicht om jaarlijks haar kostprijzen aan te leveren van de (*gesloten*) zorgproducten (dbc-zorgproducten en overige zorgproducten) binnen het gereguleerde segment waarvoor een tarief in rekening is of had kunnen worden gebracht.
3. De instelling is verplicht om voor 1 september jaar t+1 kostprijzen aan te leveren over jaar t op basis van het werkelijke gerealiseerde volume (in kostendragers) in jaar t.



4. De instelling maakt voor deze aanlevering gebruik van een aanleversjabloon zoals gepubliceerd door de NZa. De instelling levert aan conform de in het sjabloon opgenomen vereisten (Bijlage 2).
5. De instelling levert bovengenoemde kostprijzen aan uitgesplitst naar zorgproducten en onderverdeeld in de volgende kostencategorieën:
 - Personeelskosten: MSB
 - Personeelskosten: Medisch specialisten (loondienst)
 - Personeelskosten: Overig
 - Materiële kosten: Kunst- en hulpmiddelen, implantaten
 - Materiële kosten: Overig
 - Gebouwgebonden kosten
 - Medische en overige inventaris
 - Opbrengsten: beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoopleidingen (mvo)
 - Opbrengsten: overige beschikbaarheidsbijdrage(n)
 - Opbrengsten: overige opbrengsten
 - Kosten voor zorg uitgevoerd door derden (voor zorgproducten die geheel worden uitbesteed)
 - Totale directe kosten
 - Totale indirecte kostenDe som van de kostencategorieën totale directe kosten en totale indirecte kosten is gelijk aan de som van alle overige kostencategorieën.
6. De instelling draagt er zorg voor dat een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek de juistheid van de op grond van dit artikel verstrekte gegevens en inlichtingen bevestigt. De gegevens worden gecontroleerd aan de hand van de onderzoeksvragen zoals geformuleerd in bijlage 1. Dit betreft een COS-4400N onderzoek. De accountant levert een rapport van feitelijke bevindingen op.
7. De instelling draagt er zorg voor dat de in de aanlevering gebruikte aantallen, op een door de instelling te bepalen peilmoment, voor een accountant dan wel de NZa te vergelijken zijn met de aantallen volgens het registratiesysteem dat de instelling gebruikt voor het registreren van de productie.

Artikel 7. Ontheffing

1. De instelling kan, op grond van artikel 4.2 van de beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg, bij de NZa een verzoek indienen om ontheffing van de in artikel 4, 5 en 6 van deze regeling gestelde verplichtingen.
2. Een verzoek waarin de instelling aangeeft dat het relatieve aandeel van het gereguleerde segment van een instelling kleiner is dan 10% van de totale gedeclareerde omzet in jaar t, dient gemotiveerd en voorzien van een cijfermatige onderbouwing conform het format zoals opgenomen in bijlage 3 bij deze nadere regel te worden ingediend bij de NZa voor 1 augustus jaar t+1.
3. Instellingen die ontheffing hebben gekregen over jaar t-1 hoeven geen nieuw ontheffingsverzoek in te dienen voor de kostprijsaanlevering over jaar t en latere jaren. De toegekende ontheffing heeft een structureel karakter, tenzij het op bovengenoemde wijze berekende aandeel van het gereguleerd segment van de instelling voor jaar t groter is geworden dan 10%. In dat geval vervalt de ontheffing en is de instelling verplicht om overeenkomstig artikel 6 van deze regeling kostprijzen over jaar t en volgende jaren aan te leveren en voor jaar t en volgende jaren te voldoen aan artikel 4 en 5 en de overige verplichtingen van artikel 6 van deze regeling. De instelling is verantwoordelijk om jaarlijks te beoordelen of een verleende ontheffing nog steeds van toepassing is.

Artikel 8. Intrekking oude regel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg', met kenmerk NR/REG-1740, ingetrokken.

Artikel 9. Overgangsbepaling

De regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg', met kenmerk NR/REG-1740, blijft van toepassing op aangelegenheden die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en betrekking hebben op de periode waarvoor die regeling gold.

Artikel 10. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 juni 2019. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel



a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling kan worden aangehaald als 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg'.

*De Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw,
voorzitter Raad van Bestuur*



BIJLAGES:

Bijlage 1: Onderzoeksvragen bij COS-4400N onderzoek

Deze bijlage is als losse bijlage (pdf) te downloaden via de website www.nza.nl.

Bijlage 2: Aanleverformat kostprijsmodel

Deze bijlage is als losse bijlage (excel) te downloaden via de website www.nza.nl.

Bijlage 3: Aanleverformat ontheffingsverzoek

Deze bijlage is als losse bijlage (excel) te downloaden via de website www.nza.nl.



TOELICHTING

Algemeen

Zie voor een algemene toelichting op het beleid hieromtrent de beleidsregel 'Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg' en bijbehorende toelichting.

De registratie en aanlevering van kostprijzen medisch-specialistische zorg betreft een jaarlijkse verplichting voor instellingen die onder de reikwijdte van deze regeling vallen. Op grond van artikel 61 en 68 van de Wmg is de NZa bevoegd om informatie en gegevens op te vragen indien deze noodzakelijk zijn voor uitoefening van haar wettelijke taken.

De aanlevering van deze informatie en gegevens heeft geen vrijblijvend karakter, maar is verplicht.

In het kader van deze regeling vallen onder de genoemde wettelijke taken onder andere de berekening van de gereguleerde tarieven voor medisch-specialistische zorg. Daarnaast valt niet uit te sluiten dat deze informatie ook voor de uitvoering van andere wettelijke taken worden gebruikt.

Waar in de regeling over jaar t wordt gesproken, wordt bedoeld op het jaar waarover de in artikel 6 van deze regeling bedoelde kostprijsgegevens door instellingen die daarvan niet zijn ontheven moet worden aangeleverd. Waar in de regeling over jaar t+1 wordt gesproken, wordt bedoeld op het jaar volgend op het jaar waarover de in artikel 6 van deze regeling bedoelde kostprijsgegevens door instellingen die daarvan niet zijn ontheven moet worden aangeleverd. Waar in de regeling over jaar t-1 wordt gesproken, wordt bedoeld op het jaar voorafgaand aan het jaar waarover de in artikel 6 van deze regeling bedoelde kostprijsgegevens door instellingen die daarvan niet zijn ontheven moet worden aangeleverd.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Deze regeling is niet van toepassing op de volgende categorieën instellingen voor medisch-specialistische zorg:

- categorale instellingen voor epilepsiezorg; vanwege het vrije segment waar de producten die deze instellingen leveren toe behoren.
- radiotherapeutische centra; vanwege het vrije segment waartoe de producten die deze instellingen leveren behoren.
- dialysecentra; vanwege het vrije segment waartoe de producten die deze instellingen leveren grotendeels behoren.
- audiologische centra; vanwege het vrije segment waar de producten die deze instellingen leveren toe behoren. Formeel vallen audiologische centra niet onder de categorie 'Instelling voor medisch-specialistische zorg'
- instellingen voor geriatrische revalidatiezorg; vanwege een alternatief kostprijsmodel dat van toepassing is.

Artikel 3

3.4

Ter illustratie een aantal voorbeelden:

ICT-kosten zijn ondersteunend aan het primaire proces. Bepaalde ICT-kosten kunnen direct aan een afdeling worden toegewezen omdat deze voor een specifieke afdeling worden gemaakt, zoals het PACS systeem voor de Radiologie. Er bestaan ook situaties waar de kosten zelfs direct te koppelen zijn aan specifieke prestaties, zoals de kosten voor software licenties van een MRI apparaat.

Een tweede voorbeeld is de afschrijvingskosten voor MRI-apparaten, deze dienen ook specifiek aan MRI-prestaties te worden toegerekend. Het is noodzakelijk om zoveel mogelijk van deze onderdelen te identificeren en de kosten direct aan de bijbehorende afdeling en/of prestaties toe te rekenen.

Een derde voorbeeld is implantaten zoals AICD of pacemaker die specifiek aan bepaalde producten toe te rekenen zijn. Alleen deze kosten toerekenen aan de afdeling cardiologie is niet voldoende

Het is niet gewenst om alle kosten op één manier toe te wijzen aan alle producten. Met andere woorden, alle kosten kunnen niet alleen naar rato van volume te worden toegewezen van afdeling naar zorgactiviteiten.



3.6

Onder causale parameters worden bijvoorbeeld verstaan FTE's, vierkante meters en polikliniekbezoeken.

Artikel 5

5.1

Bij onderlinge dienstverlening dienen de kosten van diensten of producten die aan derden (niet zijnde verzekeraars) zijn geleverd, niet toegerekend te worden aan de zorgproducten. Het zal hier vaak gaan om overige zorgproducten die op verzoek van andere ziekenhuizen worden geleverd. Hiervan is de kostprijs bekend via de zorgactiviteiten. Indien de instelling producten afneemt van andere aanbieders, en deze producten als onderdeel van een zorgproduct bij de verzekeraar declareert, dient de instelling de betaalde prijs als kosten toe te rekenen aan de zorgproducten.

Onder doorbelaste diensten aan medische specialisten niet in loondienst worden vergoedingen verstaan die de instelling voor medisch-specialistische zorg in rekening brengt aan de specialist niet in loondienst. Dit betreft kosten die de instelling in rekening brengt voor administratieve en andere diensten, personeel, apparatuur en/of praktijkruimte, parkeergelegenheid en overige faciliteiten die de instelling aan de specialist niet in loondienst tegen vergoeding of om niet ter beschikking stelt.

5.5

Voor de kostendragers hanteert de instelling een afgebakend jaar t. Hierbij kan verrijkt worden voor kostendragers die beëindigd zijn na jaar t-1 en daardoor niet voorkomen in jaar t, omdat deze kostendragers anders niet aan de overloop DBC's uit jaar t-1 toegerekend kunnen worden.

Artikel 6

- **Personeelskosten: MSB**
Deze kostencategorie omvat de kosten voor medisch specialisten en overig personeel binnen het medisch-specialistisch bedrijf (MSB). De categorie omvat iedere vergoeding die een instelling aan het medisch-specialistisch bedrijf vergoedt of is verschuldigd voor het leveren van diensten in het kader van medisch-specialistische zorg. Hiermee wordt iedere vorm van financiële vergoeding bedoeld, zoals vast of variabel honorarium, met een collectief van specialisten niet in loondienst overeengekomen aanneemsommen, omzetplafonds of andere vormen. Het betreft zowel poort- als ondersteunende specialisten.
- **Personeelskosten: Kosten medisch specialisten (loondienst)**
Deze kostencategorie omvat alle kosten voor medisch specialisten in loondienst. Dit omvat alle kosten, zoals salariskosten en opleidingskosten.
- **Personeelskosten: Overig**
Deze kostencategorie omvat alle personeelskosten voor zover die niet hiervoor zijn benoemd en voor zover deze kosten ten laste komen van de instelling. Zowel personeelskosten van medewerkers met direct patiëntencontact, zoals Arts (Niet) In Opleiding tot Specialist (A(N)IOS), verpleegkundigen en assistentes, als van medewerkers die niet direct patiëntcontact hebben, zoals de Raad van Bestuur, staffuncties en alle ondersteunende diensten. Indien de kosten van A(N)IOS voor rekening komen het MSB, vallen deze onder de categorie 'Personeelskosten: MSB'.
- **Materiële kosten: Kunst- en hulpmiddelen, implantaten**
Deze kostencategorie omvat de materiële kosten voor kunst- en hulpmiddelen en implantaten.
- **Materiële kosten: Overig**
Deze kostencategorie omvat alle overige materiële kosten, waaronder geneesmiddelen (alle receptgeneesmiddelen en medisch-specialistische geneesmiddelen, inclusief de kosten voor add-ons dure en weesgeneesmiddelen en materiële bereidingskosten), bloed (bloed en bloedproducten, inclusief kosten Sanquin), voeding, hotelmatige kosten, en algemene materiële kosten.
- **Gebouwgebonden kosten:**
Deze kostencategorie omvat kosten van afschrijvingen van gebouwen en installaties, huur van gebouwen, kosten van onderhoud van gebouwen en terreinen, energiekosten en verzekeringen en belastingen. Deze kostencategorie omvat eveneens financieringslasten (rente vreemd vermogen / eigen vermogen).
- **Medische en overige inventaris**
Hieronder vallen kosten van afschrijvingen (medische)inventaris, lease contracten en onderhoudscontracten.
- **Opbrengsten: beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen**



- Deze kostencategorie omvat opbrengsten voor instellingen uit de beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen.
- Opbrengsten: overige beschikbaarheidsbijdrage(n)
Deze kostencategorie omvat opbrengsten voor instellingen uit beschikbaarheidsbijdragen, uitgezonderd (medische) vervolgoopleidingen.
 - Opbrengsten: overige opbrengsten
Deze kostencategorie omvat opbrengsten voor instellingen uit overige inkomsten, anders dan uit declaratie van zorgproducten en uitgezonderd opbrengsten uit beschikbaarheidsbijdragen.
 - Kosten voor zorg uitgevoerd door derden (voor zorgproducten die geheel worden uitbesteed)
Deze kostencategorie omvat de kosten van zorg uitgevoerd door derden. Kosten worden aan deze kostencategorie toegewezen alleen voor zorgproducten die geheel zijn uitbesteed. Voor zorgproducten die gedeeltelijk zijn uitbesteed worden de kosten aan een van de andere kostencategorieën toegewezen.
 - Totaal directe kosten
Deze kostencategorie omvat het totaal van de directe kosten per zorgproduct, zoals omschreven in artikel 2.
 - Totaal indirecte kosten
Deze kostencategorie omvat het totaal van de indirecte kosten per zorgproduct, zoals omschreven in artikel 2.

Artikel 7

De NZa hanteert een uitzonderingsbepaling voor instellingen die een relatief klein aandeel producten in het gereguleerde segment uitvoeren. In principe worden alle instellingen die onder de reikwijdte vallen verplicht gesteld om tot aanlevering over te gaan, tenzij zo'n instelling aan de hand van de in dit artikel genoemde criteria kan aantonen dat ontheffing op zijn plaats is.

In de situatie dat de ontheffing voor jaar t voor een instelling is vervallen, omdat niet langer wordt voldaan aan de criteria om voor ontheffing in aanmerking te komen, is ook geen sprake meer van ontheffing voor navolgende jaren. Indien deze instelling in een van deze volgende jaren van mening is dat zij opnieuw in aanmerking komt voor ontheffing, dient die instelling opnieuw een ontheffingsverzoek in te dienen. Als deze ontheffing wordt verleend, krijgt deze ook weer een structureel karakter, totdat de ontheffing eventueel opnieuw vervalt omdat voor het betreffende jaar niet meer aan de criteria om voor ontheffing in aanmerking te komen wordt voldaan. Een instelling die over een ontheffing beschikt, zal dus elk jaar moeten beoordelen of voor dat jaar aan de in dit artikel genoemde criteria voor ontheffing wordt voldaan.

*De Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw,
voorzitter Raad van Bestuur*