



Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg

Vastgesteld op 11 april 2023
Regeling NR/REG-2320

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) deze 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 gegevens en inlichtingen moeten worden verstrekt.

Artikel 1. Reikwijdte

1. Deze regeling is van toepassing op instellingen die medisch specialistische zorg verlenen of doen verlenen, waaronder in het kader van deze regeling de navolgende categorieën van instellingen worden verstaan:
 - a. algemene ziekenhuizen;
 - b. universitaire medische centra;
 - c. zelfstandige behandelcentra;
 - d. instellingen voor revalidatiezorg;
 - e. categorale instellingen voor long/astmazorg;
 - f. huisartsenlaboratoria;
 - g. trombosediensten;
 - h. productiesamenwerkingsverbanden;
 - i. klinisch genetische centra, voor zo ver deze geen deel uitmaken van een universitair medisch centrum;
 - j. protontherapiecentra.
2. Deze regeling is niet van toepassing op:
 - a. categorale instellingen voor epilepsiezorg;
 - b. radiotherapeutische centra;
 - c. dialysecentra;
 - d. audiologische centra;
 - e. instellingen die geriatrische revalidatiezorg leveren en die niet behoren tot een van de instellingscategorieën genoemd in het eerste lid.

Artikel 2. Begripsbepalingen

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

Academische zorg:

Het uitvoeren van topreferente zorg en innovatieve zorg en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling. De omschrijving van academische zorg is opgenomen in onderdeel B van de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg (Stb. 2012, 396).

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. Binnen de overige zorgproducten vallen add-ons onder de categorie 'Supplementaire producten'.

Beschikbaarheidsbijdrage:

Bijdrage als genoemd in artikel 56a Wmg.

BBAZ:

Beschikbaarheidsbijdrage academische zorg.

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.

Gedeelde dbc-zorgproducten:

Gedeelde zorgproducten worden geleverd door zowel de ontvangers van de BBAZ als de overige instellingen voor medisch specialistische zorg. De tarieven van deze dbc-zorgproducten zijn gebaseerd op kostengegevens van zowel ontvangers als niet ontvangers van de BBAZ. Er is sprake van gedeelde dbc-zorgproducten als 5% of meer van het totaal geleverd wordt door niet ontvangers. Een lijst van gedeelde zorgproducten is opgenomen als bijlage bij de beleidsregel BBAZ.

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 voorwaarden-scheppend 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.

Kostencategorie:

Een specifieke aanduiding van (clusters van) bepaalde kosten.

Kostendrager:

Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend. Over het algemeen betreft dit zorgactiviteiten. Dit kunnen door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten zijn, maar ook zorgactiviteiten die door een instelling zelf aangemaakt zijn.

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'.

Labelsysteem:

De labelsysteem bestaat uit zeven te onderscheiden patiëntgebonden labels. Per label zijn variabelen bepaald die van toepassing kunnen zijn op een patiënt; valt een patiënt onder een van deze labels, dan is sprake van een topreferente patiënt.

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.

Referentie kostprijs:

De landelijk gemiddelde kostprijzen van de dbc-zorgproducten die gekoppeld zijn aan de topreferente subtrajecten. In de referentie kostprijs zijn de kostprijzen van de huidige ontvangers van de BBAZ meegewogen.

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.

Topreferente patiënt:

Patiënt die topreferente zorg ontvangt.

Topreferente zorg:

Zeer specialistische patiëntenzorg die:

- gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is;



- een infrastructuur vereist waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken; en
- is gekoppeld aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek.

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.

Unieke dbc-zorgproducten:

Unieke zorgproducten worden vrijwel uitsluitend geleverd door de huidige ontvangers van de BBAZ. De tarieven van de dbc-zorgproducten zijn in zeer overwegende mate gebaseerd op kostengegevens van de huidige BBAZ-ontvangers en dekken daarmee gemiddeld genomen de (academische zorg) kosten voldoende. Er is sprake van unieke dbc-zorgproducten als minstens 95% van het totaal geleverd wordt door ontvangers van de BBAZ.

Variabel deel BBAZ (topreferente zorg, (TRF)):

Deel van de beschikbaarheidsbijdrage dat de meerkosten van de behandelde academische patiënten dekt.

Vaste deel BBAZ (Onderzoek en Innovatie, (O&I)):

Deel van de beschikbaarheidsbijdrage dat de kosten dekt voor het in stand houden van de kennis en infrastructuur voor het continu kunnen leveren van topreferente zorg.

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.

Zwevende verrichting:

Zorgactiviteiten die uitgevoerd zijn, maar die niet gekoppeld zijn aan een dbc-zorgproduct.

Artikel 3. Inrichting administratie

1. Instellingen richten hun administratie op een zodanige wijze in dat daaruit kan worden afgeleid:
 - alle aan de 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 op de kosten in de jaarrekening;
 - een volledige en controleerbare registratie van gehanteerde kostendragers die aansluiten bij het totaal aantal kostendragers welke gekoppeld zijn aan de zorgproducten.
2. Instellingen hanteren kostendragers die aan een jaarrekening (boekjaar) toegewezen kunnen worden.
3. Bij het uitvoeren van kostprijsberekeningen hanteren instellingen een bestendige en gedocumenteerde gedragslijn.
4. Instellingen wijzen kosten zoveel als mogelijk direct toe aan afdelingen.
5. Kosten die niet rechtstreeks zijn toe te wijzen aan afdelingen (indirecte kosten) worden met gebruikmaking van de verdeelsleutels in onderstaande tabel verdeeld over afdelingen:

Omschrijving	Verdeelsleutel
Raad van Bestuur	Formatiesleutel (bijv. FTE ¹)
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)

Omschrijving	Verdeelsleutel
Financiële administratie	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Zorgadministratie	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Patiëntenadministraties (balie)	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Salarisadministratie	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Kapitaallasten	Gewogen ² m ²
Energie	Gewogen m ²
Technische dienst	Gewogen m ²
Instrumentele dienst	Afschrijving app
Patiëntenlogistiek (vervoer)	Verpleegdagen ³ (zie opsomming onder deze tabel)
Huisvesting	Gewogen m ²
Goederentransport	Materiële kosten
Inkoop	Materiële kosten
Magazijn	Materiële kosten
Schoonmaak	Gewogen m ²
Beddencentrale	Verpleegdagen (zie opsomming onder deze tabel) / Dagverpleging (ZPK ⁴ 2)
ICT	Formatiesleutel of werkplekken
Telefooncentrale	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Textielservice	Verpleegdagen (zie opsomming onder deze tabel) / Dagverpleging (ZPK 2)
Keuken	Verpleegdagen (zie opsomming onder deze tabel)
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 (zie opsomming onder deze tabel) / Dagverpleging (ZPK 2)

¹ FTE is inclusief personeel niet in loondienst (pnil).

² M² kunnen worden gewogen op basis van de laatste editie van de Bouwkostennota van het College bouw zorginstellingen (2010).

³ Opsomming zorgactiviteiten 'Verpleegdagen': 190031, 190032, 190033, 190038, 190150, 190151, 190152, 190157, 190158, 190200, 190208, 190218, 231901, 231902.

⁴ ZPK staat voor zorgprofielklasse.

Voor indirecte kosten die niet in bovenstaande tabel 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 (zie opsomming 'zorgactiviteiten 'Verpleegdagen'/ Dagverpleging (ZPK 2)'' gebruikt.

6. Instellingen baseren verdelingen en toewijzingen van kosten aan kostendragers op causale relaties.
7. Voor het toewijzen van honorariumkosten aan kostendragers gebruiken instellingen 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. Instellingen dragen 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
 - 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. Instellingen rekenen alle kosten en opbrengsten, met uitzondering van de opbrengsten beschikbaarheidsbijdrage academisch zorg – variabel deel, op het niveau van de kostencategorieën genoemd in artikel 6, zesde lid, toe aan kostendragers. De wijze van toerekenen van de opbrengsten beschikbaarheidsbijdrage academische zorg – variabel deel is vastgelegd in artikel 7.
4. Bij de toerekening van kosten aan kostendragers zorgen instellingen 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 hanteren instellingen 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. Instellingen berekenen van alle declarabele zorgproducten afzonderlijk kostprijzen. Het totaal van de aan de zorgproducten toegerekende kosten plus de kosten van zwevende verrichtingen moet gelijk zijn aan het totaal van de kosten welke aan alle kostendragers zijn toegerekend.
2. Instellingen leveren jaarlijks hun kostprijzen aan van de (gesloten) dbc-zorgproducten en overige zorgproducten binnen het gereguleerde segment waarvoor een tarief in rekening is of had kunnen worden gebracht.
3. In aanvulling op het bepaalde in het tweede lid geldt voor algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra dat zij jaarlijks ook hun kostprijzen aanleveren van de (gesloten) dbc-zorgproducten in het vrije segment waarvoor een tarief in rekening is of had kunnen worden gebracht.
4. Instellingen leveren uiterlijk op 1 september van jaar t+1 hun kostprijzen aan over jaar t op basis van het werkelijk gerealiseerde volume (in kostendragers) in jaar t. In afwijking van het bepaalde in de vorige zin geldt dat universitaire medische centra uiterlijk op 1 oktober van jaar t+1 hun kostprijzen over jaar t aanleveren.
5. Instellingen maken voor deze aanlevering gebruik van een aanleversjabloon dat als bijlage 2 deel uitmaakt van deze regeling.



6. Instellingen leveren bovengenoemde kostprijzen aan uitgesplitst naar zorgproducten en onderverdeeld in de volgende kostencategorieën:
 - Personeelskosten: medisch specialistisch bedrijf (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 vervolgoedingen (mvo)
 - Opbrengsten: beschikbaarheidsbijdrage academisch zorg – variabel deel (TRF)
 - Opbrengsten: overige beschikbaarheidsbijdrage(n)
 - Opbrengsten: overige opbrengsten
 - Kosten voor zorg uitgevoerd door derden (voor zorg die geheel of deels wordt uitbesteed)
 - Totale directe kosten
 - Totale indirecte kosten

De som van de kostencategorieën totale directe kosten en totale indirecte kosten is gelijk aan de som van alle overige kostencategorieën.
7. De kosten voor add-on geneesmiddelen worden per ZI-nummer aangeleverd op een apart tabblad in het aanleversjabloon dat als bijlage 2 aan deze regeling is gehecht. Het betreft hier alleen de materiële kosten van de geneesmiddelen. Toedienings- en bereidingskosten worden niet aan de kostprijzen van add-ons toegerekend. Laatstgenoemde kosten worden opgenomen in de kostprijzen van de dbc-zorgproducten.
8. Instellingen dragen er zorg voor dat een accountant de juistheid van de op grond van dit artikel verstrekte gegevens en inlichtingen bevestigt. De gegevens worden door de accountant 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.
9. Instellingen dragen er zorg voor dat de in de aanlevering gebruikte aantallen, op een door hen zelf te bepalen peilmoment, voor een accountant dan wel de NZa te vergelijken zijn met de aantallen volgens het registratiesysteem dat instellingen gebruiken voor het registreren van de productie.

Artikel 7. Verwerking beschikbaarheidsbijdrage academische zorg in kostprijzen

1. Voor het vaste deel van de BBAZ geldt dat kosten en opbrengsten niet te relateren zijn aan individuele patiëntenzorg. De kosten die horen bij het vaste deel van de BBAZ zijn afgebakend in de beleidsregel BBAZ. De kosten en opbrengsten voor het vaste deel van de BBAZ worden daarom uitgesloten in het proces van de kostprijsberekening. Door zowel de kosten als de opbrengsten uit te sluiten, worden de kostprijzen van de dbc-zorgproducten niet geraakt door het vaste deel van de BBAZ. Onder het vaste deel worden de opbrengsten bedoeld die maximaal in jaar t zijn verantwoord, maar niet hoger kunnen zijn dan de verleende beschikbaarheidsbijdrage voor jaar t.
2. De hoogte van het variabel deel is de hoogte van het verantwoorde totale BBAZ-bedrag (met een maximum tot de verleende subsidie BBAZ) volgens de beleidsregel BBAZ minus het bedrag berekend onder lid 1.
3. Het variabele deel van de BBAZ wordt uitsluitend toegerekend aan de kostprijzen van dbc-zorgproducten die geraakt worden door de labelsystematiek, welke is beschreven in de beleidsregel BBAZ. In de beleidsregel BBAZ is bepaald dat het variabele deel van de BBAZ niet bedoeld is voor 'unieke' zorgproducten. In de kostprijs berekening volgen we deze lijn. Dit betekent dus dat het variabele deel van de BBAZ alleen wordt toegerekend aan de 'gedeelde dbc-zorgproducten'.
4. Het totale bedrag aan variabele BBAZ wordt verdeeld over de in het vorige lid genoemde subtrajecten door te wegen met de kostprijs van de dbc-zorgproducten minus de materiële kosten, exclusief de opbrengsten van het variabele deel van de BBAZ.
5. Het berekende bedrag in lid 5 per dbc-zorgproduct wordt vervolgens gedeeld door de daadwerkelijke casemix in jaar t. Dit bedrag is de berekende variabele BBAZ opbrengst per dbc-zorgproduct.

Artikel 8. Kosten en opbrengsten medisch specialisten in opleiding

1. Salariskosten van artsen in opleiding worden toegerekend aan het specialisme waar ze worden opgeleid.



2. Opbrengsten uit de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen worden zo veel als mogelijk specifiek toegerekend aan het specialisme waar de arts daadwerkelijk wordt opgeleid. Ten minste worden de salariskosten van de arts in opleiding gedekt uit de opbrengsten van de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen en dus toegerekend aan dezelfde afdeling.

Artikel 9. Ontheffing

1. Instellingen kunnen op grond van artikel 4, vijfde tot en met zevende lid, van de beleidsregel 'Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg', bij de NZa een verzoek indienen om ontheffing van de verplichtingen genoemd in de artikelen 4 tot en met 7.
2. Een verzoek waarin een instelling aangeeft dat het relatieve aandeel van het gereguleerde segment kleiner is dan 10% van haar totale gedeclareerde omzet in jaar t, wordt – gemotiveerd en voorzien van een cijfermatige onderbouwing conform het format opgenomen in bijlage 3 – ingediend bij de NZa vóór 1 augustus jaar t+1.
3. Voor algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra geldt dat een verzoek tot ontheffing slechts kan worden aangevraagd, in het geval dat de omzet in het gereguleerde segment (van de dbc-zorgproducten en de overige zorgproducten) en in het vrije segment (uitsluitend de dbc-zorgproducten) tezamen kleiner is dan 10% van de totale gedeclareerde omzet in jaar t.
4. 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 deze regeling kostprijzen over jaar t en volgende jaren aan te leveren overeenkomstig het bepaalde in deze regeling. De instelling is zelf verantwoordelijk om jaarlijks te beoordelen of een eerder verleende ontheffing nog steeds van toepassing is.

Artikel 10. 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-2128, ingetrokken.

Artikel 11. Overgangsbepaling

De regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg', met kenmerk NR/REG-2128, blijft van toepassing op aangelegenheden die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en betrekking hebben op de periode waarvoor die regeling gold.

Artikel 12. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 mei 2023.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet, zal deze regeling met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De regeling, inclusief toelichting, ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

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

*Nederlandse Zorgautoriteit
K. Raaijmakers
plaatsvervangend voorzitter Raad van Bestuur*



TOELICHTING

Algemeen

Zie voor een algemene toelichting op het beleid rondom de registratie en aanlevering van kostprijzen 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.

Onder de genoemde wettelijke taken vallen onder andere de berekening van de gereguleerde tarieven voor medisch-specialistische zorg en de verstrekking en controle op de verantwoording van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg. De aangeleverde kostprijsinformatie kan echter ook worden gebruikt voor het uitvoeren van andere wettelijke taken van de NZa. Voor de ontvangen kostprijsgegevens die betrekking hebben op het vrije segment zal dit evenwel niet plaatsvinden zonder voorafgaande toestemming van de instellingen die deze gegevens hebben aangeleverd. Sowieso zal het gebruik van de aangeleverde kostprijsgegevens – ook wanneer dit noodzakelijk is voor de uitoefening van andere wettelijke taken – nooit herleidbaar zijn naar individuele instellingen of personen.

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

Huisartsenlaboratoria, die voornamelijk zorg leveren in de vorm van overige zorgproducten in het vrije segment (te weten eerstelijnsdiagnostiek) staan nog wel vermeld in deze regeling aangezien deze zorgaanbieders ook gereguleerde zorg zoals anti-stollingszorg leveren. Wanneer het aandeel van deze gereguleerde zorg groter is dan 10% van de omzet, dan komt de instelling niet in aanmerking voor ontheffing.

In de meeste gevallen zijn de klinisch genetische centra onderdeel van een universitair medisch centrum. Wanneer een klinisch genetische centrum een zelfstandige instelling is, dan is deze zorgaanbieder verplicht haar kostprijzen aan te leveren.

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 die geriatrische revalidatiezorg leveren en die niet behoren tot een van de instellingscategorieën genoemd in het eerste lid.



Artikel 3

Lid 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

Een vierde voorbeeld betreft gebouwgebonden (afschrijvings-)kosten. Deze worden in de boekhouding vaak decentraal geboekt. Veel gebouwgebonden kosten zijn echter wel toe te wijzen aan specifieke afdelingen. Deze kosten mogen dan niet generiek (als indirecte kosten) verdeeld te worden over alle afdelingen.

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.

Lid 6

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

Artikel 5

Lid 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.

Lid 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 sociale lasten.
- **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 (niet limitatief) de materiaal-kosten voor geneesmiddelen die zijn verstrekt of toegediend binnen het kader medisch specialistische zorg (intramurale farmacie). Geneesmiddelen waarvoor een add-on prestatie of oorzakingsfactor is vastgesteld vallen buiten deze kostencategorie. Ook vallen geneesmiddelen die zijn verstrekt of toegediend binnen het kader Farmaceutische zorg (extramurale farmacie) buiten deze categorie. Als ook, bloed (bloed en bloedproducten, inclusief kosten Sanquin), voeding, hotelmatige kosten, 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: beschikbaarheidsbijdrage academisch zorg – variabel deel**
Deze kostencategorie omvat opbrengsten voor instellingen uit de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg, specifiek het variabele deel.
- **Opbrengsten: overige beschikbaarheidsbijdrage(n)**
Deze kostencategorie omvat opbrengsten voor instellingen uit beschikbaarheidsbijdragen, uitgezonderd (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg.
- **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 zorg die geheel of deels wordt uitbesteed)**
Deze kostencategorie omvat de kosten van zorg uitgevoerd door derden. Dit kan zowel geheel uitbesteede of deels uitbesteede zorg betreffen.
- **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 6

Algemeen

In deze artikelen wordt aangegeven dat 'gesloten' zorgproducten aangeleverd moeten worden. Hiermee wordt bedoeld dat kostprijzen van die dbc-zorgproducten aangeleverd moeten worden die in jaar t afgesloten zijn.

Voor algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra geldt dat deze naast het aanleveren van kostprijzen van zorgproducten (dbc-zorgproducten en overige zorgproducten) in het gereguleerde segment ook kostprijzen voor dbc-zorgproducten uit het vrije segment aangeleverd moeten worden.

Lid 2

In dit lid wordt duidelijk gemaakt dat alle instellingen die onder de reikwijdte van deze regeling vallen, hun kostprijzen moeten aanleveren van alle producten, dus dbc-zorgproducten en overige zorgproducten.



ten, uit het gereguleerde segment. Wanneer een instelling uitsluitend overige zorgproducten in rekening brengt, levert deze uitsluitend kostprijzen aan die betrekking hebben op deze overige zorgproducten.

Lid 3

In dit lid wordt aangegeven dat uitsluitend algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra – naast het gereguleerde segment – ook uit het vrije segment hun kostprijzen moeten aanleveren, echter hier alleen voor de dbc-zorgproducten.

Voor de verantwoording van de BBAZ is het noodzakelijk dat de NZa ook beschikt over kostprijzen van dbc-zorgproducten in het vrije segment van algemene ziekenhuizen en universitair medische centra. Omdat de BBAZ alleen aan dbc-zorgproducten toegerekend mag worden, is het niet noodzakelijk om kostprijzen van overige zorgproducten uit het vrije segment (zoals eerstelijnsdiagnostiek) aan te leveren. Dit verplichten we dan ook niet.

In de BBAZ is, voor dit moment, opgenomen dat voor de meerkosten analyses alleen naar de kostprijzen van algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra wordt gekeken. Daarom hoeven ook alleen deze instellingen kostprijzen van dbc-zorgproducten uit het vrije segment aan te leveren.

Lid 4

In dit lid wordt bepaald dat 1 september van jaar t+1 de deadline voor aanlevering van de kostprijzen van jaar t is. De umc's vormen hierop een uitzondering omdat is gebleken dat er een sterke samenhang is tussen het opstellen van de verantwoording van de BBAZ en de berekening van de kostprijzen. De deadline voor het aanleveren van de verantwoording van de BBAZ staat ook op 1 september. Omdat de controle door de accountant op de verantwoording gevolgen kan hebben voor de berekening van de kostprijzen, is het niet mogelijk om de kostprijzen ook op 1 september van jaar t+1 aan te leveren. Om deze reden is de deadline voor aanlevering van de kostprijzen voor de umc verschoven naar 1 oktober van jaar t+1.

Lid 7

In dit artikel wordt bepaald dat voor dure geneesmiddelen alleen de materiële kosten aangeleverd moeten worden en dat bereidingskosten en toedieningskosten toegerekend moeten worden aan de kostprijzen van de dbc-zorgproducten waar deze dure geneesmiddelen bij horen.

Artikel 7

Algemeen

In de beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg staat beschreven dat de BBAZ uit een vast en een variabel deel bestaat. Bij de berekening van de kostprijzen zullen we zo veel als mogelijk aansluiten bij de principes uit de beleidsregel BBAZ.

Binnen het kostprijsmodel wordt gerekend met de BBAZ vergoeding die ook verantwoord kan worden in termen van kosten volgens de beleidsregel BBAZ. Hierbij is het van belang dat binnen de kostprijsberekening de kosten worden uitgesloten, dan wel afgeslagen tot maximaal 100% van de BBAZ subsidie die verstrekt is in jaar t.

Lid 1

Omdat het vaste deel van de BBAZ niet rechtstreeks aan patiëntenzorg te koppelen is, willen we dat de ontvangers van de BBAZ het vaste deel, zowel qua kosten als opbrengsten, uitsluiten van de kostprijsberekening. In het aanleverformulier zijn hierover een aantal controlevragen worden opgenomen. Onder het vaste deel worden de opbrengsten bedoeld die maximaal in jaar t zijn verantwoord volgens de beleidsregel BBAZ, maar welke niet hoger kunnen zijn dan de verleende beschikbaarheidsbijdrage voor jaar t.

Leden 2 tot en met 4

Het variabele deel van de BBAZ wordt verantwoord op basis van het aantal topreferente patiënten volgens de labelsystematiek van ROBIJN en de daarmee samenhangende meerkosten van universitaire medische centra ten opzichte van de referentie kostprijs.



In de beleidsregel BBAZ is bepaald wanneer een patiënt als topreferent geclassificeerd wordt door middel van een zevental labels (labelsystematiek). Er zijn meerdere labels, en één patiënt kan door meerdere labels geraakt worden. Voor de kostprijsberekening maakt het echter niet uit of een patiënt door één of meerdere labels geraakt wordt. Een patiënt is topreferent of is dat niet.

Het variabel deel van de BBAZ kan gerelateerd worden aan de patiëntenzorg. Dit bedrag dient dan ook uiteindelijk opgenomen te worden binnen het kostprijsmodel.

In de beleidsregel BBAZ is vastgelegd dat de BBAZ alleen aan 'gedeelde dbc-zorgproducten' toegerekend wordt. In de kostprijsberekening volgen we deze lijn. Het variabele deel van de BBAZ wordt daarom alleen aan de kostprijzen van 'gedeelde dbc-zorgproducten' toegerekend, zowel in het vrije als in het gereguleerde segment.

Een zorgtraject van een patiënt kan bestaan uit meerdere subtrajecten (=dbc-zorgproducten). In de BBAZ is vastgelegd dat indien één subtraject van een patiënt door de labelsystematiek geraakt wordt, alle subtrajecten als topreferente subtrajecten gekenmerkt worden. In de kostprijsberekening volgen we deze lijn.

Het evenredig verdelen van het variabele deel van de BBAZ over de kostprijzen van de door de labelsystematiek geraakte dbc-zorgproducten zou er toe kunnen leiden dat een eenvoudig ambulant product even veel afslag BBAZ toegerekend krijgt als een zwaar transplantatieproduct. Dit voorkomen we door een weging toe te passen. Per dbc-zorgproduct wordt het aandeel topreferente patiënten in het totaal aantal topreferente patiënten bepaald. Deze fractie wordt vermenigvuldigd met de kostprijs van het dbc-zorgproduct minus de materiaal kosten (en minus de opbrengsten van het variabele deel van de BBAZ). Door deze gewogen fractie te vermenigvuldigen met het totale bedrag aan variabele BBAZ van de instelling wordt het bedrag van de variabele BBAZ per dbc-zorgproduct bepaald. Door dit bedrag te delen door het daadwerkelijke volume van jaar t van dit dbc-zorgproduct wordt het variabele deel van de BBAZ voor dit zorgproduct bepaald.

Ter verduidelijking hebben we in bijlage 4, behorend bij deze regeling, een voorbeeld van de methode van berekenen toegevoegd.

Om de labelsystematiek toe te kunnen passen in de kostprijsberekening zal de NZa ieder jaar, aan ieder universitair medisch centrum, een bestand beschikbaar stellen waarmee de labels van jaar t-2 omgezet kunnen worden naar jaar t (conversiemethode). Omdat er tussen jaar t en jaar t-2 verschuivingen en/of veranderingen in volumes van dbc-zorgproducten kunnen optreden, leveren we de zogenaamde 'relatieve geconverteerde casemix' uit. We converteren zowel de totale volumes als de volumes van academische patiënten van jaar t-2 naar jaar t. Op basis van deze naar jaar t geconverteerde volumes bepalen we per dbc-zorgproduct in de productstructuur van jaar t het relatieve aandeel van de academische patiënten per dbc-zorgproduct.

Artikel 8

In dit artikel wordt bepaald hoe (zo veel als mogelijk) de kosten en opbrengsten die samenhangen met het opleiden van medisch specialisten in de kostprijzen verwerkt moeten worden. Daarbij moeten de kosten en opbrengsten (beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoopleidingen) toegerekend worden aan de afdelingen waar de arts in opleiding is. Door dit artikel worden kosten en opbrengsten nauwkeuriger aan de juiste afdelingen toegerekend en verbeteren de kostprijzen op zorgproductniveau.

Artikel 9

Leden 1, 2 en 3

De regeling kent een ontheffingsmogelijkheid voor de verplichte aanlevering van kostprijsgegevens. Primair is deze bedoeld om instellingen die vrijwel geen zorg leveren in het gereguleerde segment te ontzien. Instellingen moeten zelf om ontheffing van de aanleververplichting vragen door gebruikmaking van het format dat als bijlage 3 aan deze regeling is gehecht. In principe zijn instellingen dus verplicht om hun kostprijzen aan te leveren, tenzij zij een ontheffingsverzoek indienen waarin gemotiveerd wordt aangetoond dat zij aan de criteria voor ontheffing voldoen.

Algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra moeten vanaf de datum van inwerkingtreding van deze regeling ook voor dbc-zorgproducten in het vrije segment kostprijzen aanleveren. Dit betekent dat een verzoek tot ontheffing aangevraagd kan worden wanneer de omzet van de dbc-zorgproducten en overige zorgproducten uit het gereguleerde segment en de omzet van dbc-zorgproducten van het vrije segment tezamen kleiner is dan 10% van de totale gedeclareerde omzet in



jaar t. In de praktijk zal dit vrijwel nooit voorkomen. Dit heeft ook tot gevolg dat de ontheffingen die een aantal algemene ziekenhuizen de afgelopen jaren hebben ontvangen, op grond van artikel 9, lid 4, komen te vervallen.

Overeenkomstig artikel 6, lid 4, is de deadline voor het aanleveren van kostprijzen over jaar t bepaald op 1 september jaar t+1. Dit betekent dat het eerste jaar waarover algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra ook kostprijzen (van dbc-zorgproducten) uit het vrije segment moeten aanleveren 2019 is, mits deze regeling vóór 1 september 2020 in werking is getreden.

Lid 4

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 zelf moeten beoordelen of voor dat jaar aan de in dit artikel genoemde criteria voor ontheffing wordt voldaan.

*Nederlandse Zorgautoriteit
K. Raaijmakers
plaatsvervangend voorzitter Raad van Bestuur*