



Regeling ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas

Vastgesteld op 10 juni 2025
NR/REG-2601

Gelet op artikel 35, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas.

Artikel 1 Begripsbepalingen

Consument:

Een zorgvrager, patiënt, een potentiële patiënt of degene die namens een patiënt informeert.

Centrale zorgverlener (CZV):

De CZV begeleidt en coördineert de juiste ondersteuning en zorg op het juiste moment door de juiste professional voor het kind en gezin. De CZV zorgt voor de samenhang in de aanpak, maar behandelt zelf niet. De CZV werkt vanuit een brede blik, domein overstijgend en als spin in het web. Zeker bij multi-problematiek is dat een belangrijke voorwaarde voor succes omdat de patiënt/cliënt met vele verschillende hulp-/zorgverleners te maken kan krijgen. De CZV zet in op het versterken van het zelfmanagement van het gezin c.q. de patiënt/cliënt zodat zij steeds meer zelfstandig in staat zijn om duurzame gedragsverandering te bereiken.

Gecombineerde leefstijlinterventie kinderen (GLI):

Interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering.

Prestatie(s):

De prestatie(s) genoemd in artikel 4 van de Beleidsregel ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas.

Wmg:

Wet marktordening gezondheidszorg.

Zorgaanbieder:

Natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg in de zin van de Wmg verleent als bedoeld in artikel 1, lid 1 onder c, van de Wmg.

Zorgprogramma:

Een gecombineerde leefstijlinterventie kinderen wordt in de vorm van een zorgprogramma aangeboden (hetzij individueel, hetzij in een groep). Het zorgprogramma bestaat uit een behandel fase en een onderhoudsfase. De totale doorlooptijd van het zorgprogramma is 24 aaneengesloten maanden. De startdatum van het zorgprogramma is de datum waarop het eerste contact na de intake tussen het kind en de zorgverlener plaatsvindt. Dit kan fysiek face-to-face contact zijn maar ook contact via een beeldverbinding indien de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met het fysiek face-to-face contact.

Artikel 2 Doel van de regeling

Het doel van deze nadere regel is om administratie-, declaratie-, en transparantievoorschriften te stellen die een zorgaanbieder in acht moet nemen bij het leveren van prestaties van de onder artikel 3 van deze regeling genoemde zorg.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas leveren als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierbij gaat het om de volgende bij of krachtens de Zvw omschreven soorten zorg:

- zorg zoals huisartsen die plegen te bieden als omschreven bij of krachtens artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering voor zover het gecombineerde leefstijlinterventie kinderen betreft;
- zorg zoals huisartsen en verpleegkundigen die plegen te bieden als omschreven bij of krachtens artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering en artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering voor zover het de werkzaamheden van de centrale zorgverlener betreft.

Artikel 4 Administratievoorschriften

1. De zorgaanbieder voert een administratie en registreert per patiënt:
 - de geleverde prestatie;
 - het gedeclareerde tarief;
 - de startdatum van het zorgprogramma;
 - de startdatum van de prestatie;
 - de einddatum van de prestatie;
 - de geboortedatum van de patiënt;
 - de AGB-code van de declarerende zorgaanbieder;
 - de AGB-code van de uitvoerende zorgaanbieder(s)
2. Registratie contactmomenten
De zorgaanbieder registreert alle contactmomenten tussen de zorgaanbieder en patiënt waarbij de contactmomenten worden onderverdeeld in:
 - Groepsbijeenkomst;
 - Fysiek face-to-face;
 - Via beeldverbinding;
 - Individueel consult;
 - Fysiek face-to-face;
 - Via beeldverbinding;
 - Telefonisch contact;
 - Overige vormen van contact.
3. De zorgaanbieder registreert per groepsbijeenkomst het aantal deelnemers dat aan de groepsbijeenkomst heeft deelgenomen.

Artikel 5 Declaratievoorschriften

1. De zorgaanbieder neemt in de declaratie aan de patiënt en/of zorgverzekeraar de volgende gegevens op:
 - de geleverde prestatie onder vermelding van de bijbehorende prestatiebeschrijving;
 - het gedeclareerde tarief;
 - de startdatum van het zorgprogramma;
 - de startdatum van de prestatie;
 - de naam- adres- en woonplaatsgegevens van de patiënt;
 - de geboortedatum van de patiënt;
 - de AGB-code van de declarerende zorgaanbieder;
 - de AGB-code van de uitvoerende zorgaanbieder(s).
2. Het tarief wordt gedeclareerd bij de patiënt of zorgverzekeraar. Als de patiënt gedurende de looptijd van de prestatie is veranderd van zorgverzekeraar, moet het tarief worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar bij wie de patiënt verzekerd was bij de start van de prestatie.
3. Het tarief dat wordt gedeclareerd, mag niet hoger zijn dan het maximumtarief dat van toepassing was op de startdatum van de prestatie.
4. Per prestatie heeft minimaal één contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt plaatsgevonden. Dit kan fysiek face-to-face contact zijn maar ook contact via een beeldverbinding indien de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met het fysiek face-to-face contact. De zorgaanbieder brengt de prestatie pas in rekening nadat de prestatie is afgerond.
5. De prestaties dienen in de juiste volgorde in rekening te worden gebracht.
 - a. Centrale zorgverlener
Voorafgaand aan de start van de behandeling vindt een brede anamnese plaats. Na een optionele tussenfase start vervolgens de behandelfase en de onderhoudsfase. De prestatie coördinatie centrale zorgverlener behandelfase per kwartaal kan maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen, in rekening worden gebracht per zorgprogramma per kind. De prestatie coördinatie centrale zorgverlener onderhoudsfase per kwartaal kan eveneens maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen, in rekening worden gebracht per zorgprogramma per kind. Tot slot start de begeleidingsfase. Voor zowel de prestatie coördinatie centrale zorgverlener tussenfase per kwartaal als de prestatie coördinatie centrale zorgverlener begeleidingsfase per kwartaal geldt geen maximaal aantal keer in rekening te brengen.
 - b. Gecombineerde leefstijlinterventie kinderen
Voorafgaand aan de start van het zorgprogramma vindt een intake plaats. Vervolgens start



achtereenvolgens de behandelfase en de onderhoudsfase. De prestatie behandelfase gecombineerde leefstijlinterventie kinderen per kwartaal kan maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen, in rekening worden gebracht per zorgprogramma per kind. De prestatie onderhoudsfase gecombineerde leefstijlinterventie kinderen per kwartaal kan eveneens maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen, in rekening worden gebracht per zorgprogramma per kind.

6. Onderlinge dienstverlening

a. Opdrachtgevende zorgaanbieder

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening kan alleen de opdrachtgevende zorgaanbieder de prestatie in rekening brengen bij de patiënt of zorgverzekeraar. De opdrachtgevende zorgaanbieder verdeelt het tarief onder de uitvoerende zorgaanbieders die bij de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas, zoals omschreven in artikel 3 van deze regeling omschreven, betrokken zijn, volgens de (contract)afspraken die hij met hen heeft gemaakt. De uitvoerende zorgaanbieder(s) levert(en) aan de opdrachtgevende zorgaanbieder de daarvoor benodigde persoonsgegevens aan.

b. Uitvoerende zorgaanbieder

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening dient de uitvoerende zorgaanbieder die de (deel)prestatie levert deze uitsluitend in rekening te brengen bij de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie(s) op het gebied van de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas declareert bij de zorgverzekeraar of patiënt.

Artikel 6 Transparantievoorschriften

De zorgaanbieder informeert de consument tijdig en zorgvuldig over de tarieven die zij voor de prestaties in rekening brengt.

Artikel 7 Verantwoordelijkheid

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de goede opvolging van de in deze nadere regel genoemde bepalingen.
2. Indien een zorgaanbieder in loondienst is, draagt de werkgever zorg voor uitvoering van de in deze nadere regel genoemde bepalingen.

Artikel 8 Intrekking oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas, met kenmerk NR/REG-2504, ingetrokken.

Artikel 9 Toepasselijkheid voorafgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De regeling ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas, met kenmerk NR/REG-2504, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

Bekendmaking en inwerking

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2026.

Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet. De regeling ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas.

Ondertekening

*Nederlandse Zorgautoriteit,
G.J.C.M. Engwirda-Kromwijk
voorzitter Raad van Bestuur*

TOELICHTING

Algemeen

De regeling ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas beschrijft algemene administratie-, declaratie- en transparantieplichtingen die gelden voor alle aanbieders die de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas leveren zoals omschreven in artikel 3 van deze regeling. In deze regeling beschrijft de NZa welke voorwaarden, voorschriften en beperkingen zorgaanbieders in acht moeten nemen bij de administratie en declaratie van deze zorg. Indien zorgaanbieders die onder de reikwijdte van deze regeling vallen zich niet aan deze regels houden, kan de NZa op grond van hoofdstuk 6 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) handhavende maatregelen nemen. Op basis van de bevoegdheden beschreven in de Beleidsregel ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas stelt de NZa prestaties vast in de prestatie- en tariefbeschikking.

Artikelsgewijs

Artikel 3 Reikwijdte

De regeling bevat administratie- declaratie- en transparantievoorschriften voor zorgaanbieders die de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas leveren als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierbij gaat het om de volgende bij of krachtens de Zvw omschreven soorten zorg:

- zorg zoals huisartsen die plegen te bieden als omschreven bij of krachtens artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering voor zover het gecombineerde leefstijlinterventie kinderen betreft;
- zorg zoals huisartsen en verpleegkundigen die plegen te bieden als omschreven bij of krachtens artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering en artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering voor zover het de werkzaamheden van de centrale zorgverlener betreft.

Artikel 4 Administratievoorschriften

Artikel 36, eerste lid, van de Wmg regelt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars een administratie voeren en waaruit deze administratie moet bestaan. Onverminderd artikel 36, eerste lid, van de Wmg worden in deze regeling nadere regels gesteld ten aanzien van de administratie van zorgaanbieders.

Artikel 4, tweede lid (registratie contactmomenten)

Met het oog op de doorontwikkeling van de bekostiging vindt de NZa het belangrijk om te monitoren op welke wijze de zorg wordt geleverd. De zorgaanbieder registreert in dat kader de contactmomenten met de patiënt. De contactmomenten worden onderverdeeld in groepsbijeenkomsten (fysiek face-to-face of via beeldverbinding), individuele consulten (fysiek face-to-face of via beeldverbinding), telefonisch contact, en overige vormen van contact.

De maximumtarieven van de prestaties centrale zorgverlener en gecombineerde leefstijlinterventie kinderen zijn gebaseerd op de contractuele afspraken over de experimenten in de regio's Amsterdam, Maastricht/Limburg en Arnhem. Aangezien binnen deze experimenten individuele zorgprogramma's werden aangeboden, is daar bij het vaststellen van het kostprijsmodel en de maximumtarieven ook vanuit gegaan. Mogelijk worden er op termijn zorgprogramma's ontwikkeld waar groepsbijeenkomsten onderdeel van uitmaken. Om deze reden is het van belang om de registratie van groepsbijeenkomsten in de administratievoorschriften van deze regeling op te nemen.

Artikel 4, derde lid (deelnemers groepsbijeenkomst)

Vooralsnog zijn er enkel zorgprogramma's voor kinderen ontwikkeld die op individuele basis worden aangeboden. De verplichting tot registratie van het aantal deelnemers aan groepsbijeenkomsten geldt uiteraard enkel voor aanbieders van zorgprogramma's voor groepen, mochten deze op termijn worden ontwikkeld. Met het oog op de doorontwikkeling van de bekostiging vindt de NZa het belangrijk om te monitoren op welke wijze de zorg wordt geleverd.

Artikel 5, eerste lid (AGB-code)

Bij declaratie moet een Algemeen Gegevens Beheer-(AGB-)code vermeld worden. AGB-codes worden op verschillende niveaus afgegeven. Zo zijn er AGB-codes voor zorginstellingen maar ook voor individuele zorgaanbieders. Bij declaratie gaat het om de AGB-code op het hoogste aggregatieniveau, ofwel de AGB-code van de zorgaanbieder (zijnde een individu of een organisatie) die de prestaties



voor de onder artikel 3 van deze regeling genoemde zorg declareert.

Artikel 5, vierde lid (contact)

Per prestatie heeft minimaal één contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt plaatsgevonden. Dit kan fysiek face-to-face contact zijn maar ook contact via een beeldverbinding indien de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met het fysiek face-to-face contact. De voorwaarde van contact via een beeldverbinding is dat het doel van een GLI nog steeds bereikt wordt en de zorg gelijkelijk effectief is.

Het is uitdrukkelijk de intentie dat patiënten het gehele zorgprogramma doorlopen, dus zowel de behandelfase als de onderhoudsfase. Indien de patiënt ervoor kiest om het programma niet volledig te doorlopen, kan een prestatie in rekening worden gebracht als er minimaal één contact, zoals een groepsbijeenkomst of een individueel consult, heeft plaatsgevonden. Concreet betekent dit dat als een patiënt gedurende een kwartaal stopt, de prestatie behorende bij dit kwartaal nog door de zorgaanbieder in rekening mag worden gebracht, mits een contact heeft plaatsgevonden. De prestatie kan in rekening worden gebracht als de prestatie is afgerond. Dit betekent dat indien de patiënt het programma niet volledig heeft doorlopen en stopt met een GLI, en er gedurende een kwartaal minimaal één contact heeft plaatsgevonden tussen de zorgaanbieder en de patiënt, de zorgaanbieder aan het einde van het kwartaal de prestatie in rekening kan brengen. Uiteraard is het de zorgaanbieder niet toegestaan na uitval van de patiënt volgende prestaties (kwartalen) in rekening te brengen.

Artikel 5, vijfde lid (prestaties binnen een zorgprogramma)

In onderstaande tabel is een voorbeeld opgenomen van het declaratieproces van de prestaties centrale zorgverlener.

Prestatie	Startdatum	Einddatum	Declareren vanaf
Brede anamnese centrale zorgverlener	2-jan-2024	2-jan-2024	2-jan-2024
Coördinatie centrale zorgverlener tussen-fase per kwartaal (optioneel, aantal keer niet gemaximeerd)	9-jan-2024	9-apr-2024	9-apr-2024
Coördinatie centrale zorgverlener tussen-fase per kwartaal (optioneel, aantal niet gemaximeerd)	9-apr-2024	9-jul-2024	9-jul-2024
Coördinatie centrale zorgverlener behandelfase per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-jul-2024	9-okt-2024	9-okt-2024
Coördinatie centrale zorgverlener behandelfase per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-okt-2024	9-jan-2025	9-jan-2025
Coördinatie centrale zorgverlener behandelfase per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-jan-2025	9-apr-2025	9-apr-2025
Coördinatie centrale zorgverlener behandelfase per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-apr-2025	9-jul-2025	9-jul-2025
Coördinatie centrale zorgverlener onderhoudsfase per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-jul-2025	9-okt-2025	9-okt-2025
Coördinatie centrale zorgverlener onderhoudsfase per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-okt-2025	9-jan-2026	9-jan-2026
Coördinatie centrale zorgverlener onderhoudsfase per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-jan-2026	9-apr-2026	9-apr-2026
Coördinatie centrale zorgverlener onderhoudsfase per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-apr-2026	9-jul-2026	9-jul-2026
Coördinatie centrale zorgverlener begeleidingsfase per kwartaal (aantal keer niet gemaximeerd)	9-jul-2026	9-okt-2026	9-okt-2026

Prestatie	Startdatum	Einddatum	Declareren vanaf
Coördinatie centrale zorgverlener begeleidingsfase per kwartaal (aantal keer niet gemaximeerd)	9-okt-2026	9-jan-2027	9-jan-2027

In onderstaande tabel is een voorbeeld opgenomen van het declaratieproces van de prestaties gecombineerde leefstijlinterventie kinderen.

Prestatie	Startdatum	Einddatum	Declareren vanaf
Intake gecombineerde leefstijlinterventie kinderen	19 jun-2024	19-jun-2024	19-jun-2024
Behandelfase gecombineerde leefstijlinterventie kinderen per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-jul-2024	9-okt-2024	9-okt-2024
Behandelfase gecombineerde leefstijlinterventie kinderen per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-okt-2024	9-jan-2025	9-jan-2025
Behandelfase gecombineerde leefstijlinterventie kinderen per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-jan-2025	9-apr-2025	9-apr-2025
Behandelfase gecombineerde leefstijlinterventie kinderen per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-apr-2025	9-jul-2025	9-jul-2025
Onderhoudsfase gecombineerde leefstijlinterventie kinderen per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-jul-2025	9-okt-2025	9-okt-2025
Onderhoudsfase gecombineerde leefstijlinterventie kinderen per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-okt-2025	9-jan-2026	9-jan-2026
Onderhoudsfase gecombineerde leefstijlinterventie kinderen per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9-jan-2026	9 apr-2026	9 apr-2026
Onderhoudsfase gecombineerde leefstijlinterventie kinderen per kwartaal (maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen)	9 apr-2026	9-jul-2026	9-juli-2026

De prestatiebeschrijvingen hebben zoveel als mogelijk een open karakter. Hierdoor kan de zorg op veel verschillende manieren worden aangeboden. Het kan in de praktijk voorkomen dat een aanbieder van een GLI andere doorlooptijden voor de behandelfase en onderhoudsfase hanteert dan in de richtlijn en prestatiebeschrijvingen opgenomen. De zorgaanbieder dient ook in die situatie de prestaties behandelfase per kwartaal en onderhoudsfase per kwartaal beiden vier keer in volgorde te declareren met inachtneming van een totale doorlooptijd van minimaal 24 maanden. Het is niet mogelijk voor elk zorgprogramma aparte prestatiebeschrijvingen met bijbehorende maximumtarieven vast te stellen. Voorgaande betekent dat indien een zorgprogramma een behandelfase van 8 maanden en een onderhoudsfase van 16 maanden kent, de zorgaanbieder vier keer de prestaties behandelfase per kwartaal en onderhoudsfase per kwartaal in rekening dient te brengen. Indien er langer zorg nodig is, maakt dit ook onderdeel uit van het zorgprogramma. Dit betekent echter niet dat een prestatie een extra keer in rekening kan worden gebracht. Per zorgprogramma kan maximaal een keer de prestatie intake, en kunnen maximaal vier keer de prestaties behandelfase per kwartaal en onderhoudsfase per kwartaal in rekening worden gebracht.

Voorgaande betekent niet dat per patiënt slechts een keer in zijn/haar leven prestaties in het kader van een zorgprogramma mogen worden gedeclareerd. Hier kan geen algemene regel voor worden geformuleerd. Dit is afhankelijk van de specifieke situatie en motivatie van de patiënt, en zal per geval moeten worden beoordeeld.

Artikel 6 Transparantievoorschriften

De zorgaanbieder informeert de consument tijdig en zorgvuldig over of de inzet van de centrale zorgverlener en een gecombineerde leefstijlinterventie kinderen voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking komt en over de tarieven die zij voor de prestaties in rekening brengt.

Artikel 4 t/m 6 – administratie-, declaratie- en transparantievoorschriften

De NZa heeft de bevoegdheid om in een aantal gevallen nadere regels te stellen. Het betreft onder meer regels van administratief-technische aard. 'De opdracht aan de zorgautoriteit om regels te stellen over de inrichting van de administratie, de bekendmaking van tarieven, prestaties, producten en

diensten door zorgaanbieders en de inrichting van declaraties vindt zijn grondslag in het feit dat voor op maat toegesneden regelingen specifieke deskundigheid noodzakelijk is en dat de zorgautoriteit daarover beschikt mede als gevolg van de uitvoering van haar (overige) wettelijk opgedragen taken.¹

In de Wmg zijn in artikel 36, eerste lid, een aantal basisvereisten opgenomen over de administratie van onder meer zorgaanbieders (o.a. over geleverde prestaties en de tarieven die daarvoor zijn ontvangen). Meer specifieke verplichtingen kunnen door de NZa in nadere regels worden opgenomen. Hier is bewust voor gekozen vanwege de diversiteit in categorieën zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. De regels van de NZa kunnen in een nadere invulling voorzien die op maat op de bedrijfsvoering van betrokken partijen is toegesneden.²

Op grond van artikel 37 Wmg kan de NZa regels stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Het gaat daarbij om declaratie- of factureringsvoorschriften.

Artikel 38 Wmg geeft de NZa onder meer de bevoegdheid regels te stellen met betrekking tot het door zorgaanbieders specificeren van rekeningen voor geleverde zorgprestaties.

De doelen van deze regeling zijn daarmee:

- De op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen te specificeren teneinde inzichtelijke, rechtmatige declaraties te bevorderen en dubbele declaraties te voorkomen;
- De juistheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie en interne controle van de zorgaanbieder en van de door de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar te verstrekken gegevens te borgen;
- Deze gegevens kunnen door de zorgverzekeraars gebruikt worden bij de formele en materiële controles.

De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben verschillende taken en plichten. In eerste instantie bepaalt de zorgverzekeraar of gedeclareerde zorg daadwerkelijk binnen de Zvw valt en dus vergoed mag worden. Daarnaast hebben zij een zorgplicht. Dat betekent dat zij moeten zorgen dat iedere verzekerde binnen een redelijke tijd en afstand de zorg kan krijgen die nodig is. De zorgverzekeraars moeten deze zorg dus inkopen. Hiertoe worden er contracten afgesloten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In hun inkoopbeleid moeten ze rekening houden met de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Om deze taken goed uit te voeren zijn gegevens nodig over de zorg die geleverd wordt aan cliënten. Bijvoorbeeld om contracten af te sluiten die een goede balans bevatten ten aanzien van de hierboven genoemde publieke belangen, en dus leiden tot passende zorg. Deze gegevens zijn in de praktijk afkomstig van de zorgaanbieders die de zorg leveren. De gegevens worden via de declaraties naar de zorgverzekeraars gestuurd. De NZa ontvangt deze gegevens ook van de zorgverzekeraars, al dan niet via Vektis. De NZa regels helpen daarmee deze gegevens op eenduidige wijze vorm te geven.

Informatieplicht, privacyverklaring NZa en FAQ

In de keten van zorgaanbieder, zorgverzekeraar en NZa rust op zowel de zorgaanbieder, de ziektekostenverzekeraars en de NZa een informatieplicht op grond van de AVG. Zij dienen informatie beschikbaar te stellen voor betrokkenen over de verwerking van persoonsgegevens binnen hun organisatie. Nu bij de NZa de in de onderhavige regeling genoemde gegevens niet direct bij de betrokkene op wie de gegevens betrekking hebben worden verzameld, dienen deze betrokkenen op grond van artikel 14 AVG te worden geïnformeerd. Hierop gelden een aantal uitzonderingen. Het is voor de NZa praktisch onmogelijk om alle betrokkenen te informeren. De NZa ontvangt alleen gepseudonimiseerde gegevens, waardoor niet kan worden gezien wie moet worden geïnformeerd (artikel 14, vijfde lid, onderdeel b, AVG). Daarnaast volgt de gegevensverwerking uit lidstatelijk recht (artikel 14, vijfde lid, onderdeel c, AVG). Ondanks de uitzonderingen tracht de NZa om betrokkenen zo goed mogelijk van informatie te voorzien.

De wijze waarop de NZa omgaat met de rechten van betrokkenen (zoals de cliënt van een zorgaanbieder) is ook vastgelegd in haar privacyverklaring. Deze is te vinden op de website van de NZa. In deze verklaring is te lezen dat een betrokkene zich kan beroepen op zijn of haar rechten uit hoofde van de AVG, alsmede wat deze rechten inhouden én hoe een betrokkene zich op deze rechten kan beroepen. Tevens heeft de NZa op haar website een FAQ geplaatst met vragen en antwoorden over de verwerking van persoonsgegevens door de NZa.³

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 30 186, nr. 3, p. 59-60.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 30 186, nr. 3, p. 62.

³ www.nza.nl