



Regeling paramedische zorg

NR/REG-2620

Vastgesteld 21 oktober 2025

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 registratie-, declaratie, en transparantievoorschriften.

Artikel 1 Begripsbepalingen

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

Consument:

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

Zorgaanbieder:

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent of laat verlenen, als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Wmg.

Prestatie:

De levering van zorg door een zorgaanbieder, als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel j, van de Wmg.

Tarief:

Prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder, als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel k, van de Wmg.

Ziektekostenverzekeraar:

- een zorgverzekeraar;
- een Wlz-uitvoerder;
- een particuliere ziektekostenverzekeraar, zijnde een financiële onderneming die ingevolge de Wet op het financieel toezicht in Nederland het bedrijf van verzekeraar mag uitoefenen, zoals bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wmg.

Declaratie:

Het tarief of de tarieven die in rekening zijn gebracht voor een geleverde (deel)prestatie of (deel)prestaties aan de consument dan wel aan de ziektekostenverzekeraar van de betreffende consument.

Behandelingsovereenkomst:

Een overeenkomst inzake geneeskundige behandeling, zoals bedoeld is in artikel 446 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

Audit-trail:

Zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegevens naar eindgegevens en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens, door de NZa en de zorgverzekeraar kan worden gevolgd en gecontroleerd.

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 volgende zorg leveren als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw):

- extramurale diëtetische zorg;
- diëtetiek binnen de ketenzorg (gecoördineerde, multidisciplinaire zorg voor een specifieke aandoening op basis van de relevante zorgstandaard);
- ergotherapeutische zorg;
- fysiotherapeutische zorg;
- logopedische zorg;
- oefentherapeutische zorg.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze regeling van toepassing op personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) of op personen als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG, voor zover voornoemde categorieën personen handelingen of werkzaamheden op het terrein van zorg als



omschreven in de vorige zin uitvoeren of verantwoordelijk zijn voor dergelijke door anderen uitgevoerde handelingen¹ of werkzaamheden².

Artikel 4 Administratievoorschriften

1. De registratie van de prestaties en tarieven in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
2. De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

Artikel 5 Declaratievoorschriften

1. Een declaratie van de zorgaanbieder aan de patiënt/verzekeraar vindt plaats op patiëntniveau en vermeldt de navolgende gegevens:
 - a. de naam, geboortedatum, adres- en woonplaatsgegevens van de patiënt;
 - b. de geleverde prestaties(s);
 - c. het aantal geleverde eenheden van de prestatie(s);
 - d. het tarief per prestatie en het totaalbedrag;
 - e. de datum of data waarop de prestatie(s) is/zijn geleverd. Voor de prestatie valpreventieve beweeginterventie en de prestaties Bundel 1 – Fysio/oefentherapeutisch zorgtraject ten behoeve van COPD en Bundel 2 – Fysio/oefentherapeutisch zorgtraject ten behoeve van COPD geldt i.p.v. 'datum of data waarop de prestatie(s) is/zijn geleverd' dat de startdatum van de prestatie dient te worden vermeld;
 - f. de declaratiecode;
 - g. de AGB-code van de zorgaanbieder die de prestatie declareert.
2. Een declaratie van de zorgaanbieder aan de patiënt/verzekeraar van de prestaties Intake en onderzoek bij COPD, Bundel 1 – Fysio/oefentherapeutisch zorgtraject ten behoeve van COPD en Bundel 2 – Fysio/oefentherapeutisch zorgtraject ten behoeve van COPD vindt plaats op patiëntniveau en vermeldt in aanvulling op de declaratievoorschriften zoals genoemd in artikel 5.1 ook nog het navolgende gegeven:
 - a. het patiëntenprofiel conform de vigerende KNGF-richtlijn COPD
3. In aanvulling op de declaratievoorschriften in artikel 5.1 en 5.2 gelden voor de prestaties Bundel 1 – Fysio/oefentherapeutisch zorgtraject ten behoeve van COPD en Bundel 2 – Fysio/oefentherapeutisch zorgtraject ten behoeve van COPD de aanvullende declaratievoorschriften:
 - a. Het tarief wordt gedeclareerd bij de patiënt of zorgverzekeraar. Indien bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd geldt dat als de patiënt gedurende de looptijd van de prestatie is veranderd van zorgverzekeraar, het tarief gedeclareerd moet worden bij de zorgverzekeraar bij wie de patiënt verzekerd was op de startdatum van de prestatie;
 - b. Het tarief dat wordt gedeclareerd, is het tarief dat van toepassing was op de startdatum van de prestatie;
 - c. Per prestatie heeft minimaal één contact tussen de zorgaanbieder en patiënt plaatsgevonden. Dit kan fysiek face-to-face contact zijn maar ook contact via een beeldverbinding indien de zorgverlening zorginhoudelijk vergelijkbaar is met het fysiek face-to-face contact. De zorgaanbieder brengt de prestatie pas in rekening nadat de prestatie is afgerond.
4. In aanvulling op de declaratievoorschriften in artikel 5.1 gelden voor de prestatie valpreventie beweeginterventie de aanvullende declaratievoorschriften:
 - a. Het tarief wordt gedeclareerd bij de patiënt of zorgverzekeraar. Indien bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd geldt dat als de patiënt gedurende de looptijd van de prestatie is veranderd van zorgverzekeraar, het tarief gedeclareerd moet worden bij de zorgverzekeraar bij wie de patiënt verzekerd was op de startdatum van de prestatie;
 - b. Het tarief dat wordt gedeclareerd, is het tarief dat van toepassing was op de startdatum van de prestatie;
 - c. Per prestatie heeft minimaal één contact tussen de zorgaanbieder en patiënt plaatsgevonden. Dit kan fysiek face-to-face contact zijn maar ook contact via een beeldverbinding indien de zorgverlening zorginhoudelijk vergelijkbaar is met het fysiek face-to-face contact. De zorgaanbieder brengt de prestatie pas in rekening nadat de prestatie is afgerond.

¹ Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, onder 2o, van de Wmg.

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdeel c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

Artikel 6 Transparantievoorschriften

1. De zorgaanbieder informeert de consument tijdig en zorgvuldig over de tarieven die zij voor de prestaties in rekening brengt.
2. Een zorgaanbieder, welke zorg levert zoals onder artikel 3 van deze regeling is beschreven en die één of meer prestaties levert aan consument(en) waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder, maakt een standaardprijslijst bekend.
3. De standaardprijslijst voldoet aan de volgende voorwaarden:
 - a. de standaardprijslijst vermeldt alle prestaties waarvoor de betreffende zorgaanbieder een tarief in rekening kan brengen bij de consument. Hiertoe vermeldt de zorgaanbieder de titel van de prestatiebeschrijving op zijn standaardprijslijst;
 - b. de standaardprijslijst vermeldt per prestatie welk tarief of welke tarieven in rekening wordt of worden gebracht;
 - c. de standaardprijslijst vermeldt een ingangsdatum waarop deze in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle tarieven op de standaardprijslijst;
 - d. indien een zorgaanbieder voor één prestatie meerdere tarieven hanteert, motiveert hij het verschil;
 - e. de standaardprijslijst vermeldt voor welke consumenten de standaardprijslijst van toepassing is door het weergeven van de volgende zin: "Deze prijzen zijn van toepassing op consumenten wanneer er geen contract is afgesloten tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder en op niet- verzekerde consumenten. Indien wel een contract is afgesloten met uw ziektekostenverzekeraar dan kunnen andere prijzen gelden";
 - f. het is voor consumenten mogelijk om voor aanvang van de behandelingsovereenkomst op eenvoudige wijze kennis te nemen van de standaardprijslijst;
 - g. de standaardprijslijst hangt op een voor consumenten duidelijk zichtbare plaats in de praktijk van de zorgaanbieder;
 - h. desgevraagd stelt de zorgaanbieder consumenten via de telefoon op de hoogte van de tarieven, zoals genoemd op de standaardprijslijst;
 - i. desgevraagd doet de zorgaanbieder consumenten binnen twee werkdagen per post dan wel digitaal de standaardprijslijst toekomen.

Artikel 7 Verplichting

De verplichtingen als genoemd in deze nadere regel zijn van toepassing op het moment dat sprake is van levering van de prestatie(s) genoemd in de onderliggende beleidsregels voor paramedische zorg.

Artikel 8 Verantwoordelijkheid

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de goede opvolging van de in deze regeling genoemde bepalingen.

Indien een zorgaanbieder in loondienst is, draagt de werkgever zorg voor uitvoering van de in deze regeling genoemde bepalingen.

Indien een zorgaanbieder in een personenvennootschap werkzaam is en niet zelf de tarieven bepaalt of in rekening brengt, draagt de personenvennootschap zorg voor de uitvoering van de in deze regeling genoemde bepalingen.

Artikel 9 Intrekking oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling paramedische zorg, met kenmerk NR/REG-2501, ingetrokken.

Artikel 10 Toepasselijkheid voorgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorgaande regeling

De Regeling paramedische zorg met kenmerk NR/REG-2501, 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.

Inwerkingtreding / Bekendmaking

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

De regeling wordt aangehaald als: Regeling paramedische zorg.

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



TOELICHTING

Algemeen

De Regeling paramedische zorg beschrijft algemene registratie-, declaratie- en transparantieverplichtingen die gelden voor alle zorgaanbieders van de volgende paramedische sectoren: extramurale diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie en oefentherapie. In deze regeling beschrijft de NZa welke voorwaarden, voorschriften en beperkingen zorgaanbieders in acht moeten houden bij de registratie en declaratie van paramedische 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 van de betreffende paramedische sectoren stelt de NZa prestaties vast in de prestatiebeschrijvingbeschikking.

Naast de in deze regeling opgenomen transparantieverplichtingen gelden ook transparantieverplichtingen voor zorgaanbieders én voor ziektekostenverzekeraars indien aan de overige categorie burgers waarvan de ziektekostenverzekeraar wel een overeenkomst met de zorgaanbieder heeft afgesloten, zorg wordt aangeboden. De wettelijke voorschriften in de artikelen 38, 39 en 40 lid 1 tot en met 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verplichten zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars hun consumenten respectievelijk verzekerden tijdig en zorgvuldig te informeren over de tarieven die gelden voor prestaties. In de 'Regeling transparantie zorgaanbieders' en in de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' wordt uitleg gegeven over deze wettelijke voorschriften en een aantal begrippen wordt nader ingevuld. Deze regelingen zijn te vinden op de website van de NZa, www.nza.nl.

Experiment COPD

In het Advies passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapie (januari 2024) heeft de NZa aangegeven dat bundelbekostiging een veelbelovend alternatief lijkt voor de huidige fee-for-service bekostiging. De huidige bekostiging van de fysiotherapie gaat uit van een vergoeding per zitting (fee-for-service). De fee-for-service bekostiging is een transparant en eenvoudig bekostigingssysteem. Daarentegen kent deze bekostiging ook enkele knelpunten, zoals geen expliciete stimulans voor doelmatige zorg of tot kwaliteit en preventie, waarvan verondersteld wordt dat deze de beweging naar passende zorg kunnen bemoeilijken. Bundelbekostiging kan de beweging naar meer passende zorg waarschijnlijk wel stimuleren. Onder artikel 58 Wmg is door de NZa een experiment opgezet en vormgegeven met veldpartijen. Het experiment moet inzicht geven of bundelbekostiging de beweging naar passende zorg faciliteert.

Het doel van het bekostigingsexperiment is daarmee het verkrijgen van inzicht in hoeverre bundelbekostiging de beweging naar passende zorg in het kader van COPD beter faciliteert in vergelijking met de huidige bekostiging op basis van zittingen.

Het experiment heeft een looptijd van maximaal 5 jaar. Het Ministerie van VWS heeft ons een aanwijzing opgelegd waarin staat dat wij het experiment COPD kort cyclisch (jaarlijks) en aan het eind van het experiment moeten evalueren. Het is in het kader van deze evaluatie voor de NZa relevant om te weten of de zorg voor de patiënt via de juiste bundel wordt gedeclareerd. Hiervoor is het patiëntenprofiel relevant. Bij patiëntenprofiel 3 wordt de patiënt in verband met een lichtere zorgzwaarte in de goedkopere bundel ingedeeld dan bij patiëntenprofiel 4 en 5. In het kader van controleerbaarheid en dus voornamelijk doelmatigheid en betaalbaarheid is het laten registreren van het patiëntenprofiel dus noodzakelijk. Zo kunnen we bezien of zorg voor een patiënt met het lichtere profiel (profiel 3) niet wordt gedeclareerd via de zwaardere bundel (voor profiel 4/5).

Onder de huidige fee-for-service bekostiging is verwerking van het patiëntenprofiel niet nodig omdat de zorgzwaarte niet is gekoppeld aan de prestatie.

Het patiëntenprofiel wordt meegestuurd met de declaratie en is zodoende zichtbaar voor de verzekeraar en de NZa die de declaratiegegevens ook (gepseudonimiseerd in het geval van de NZa) ontvangen. De onderliggende gegevens, die door testen bij de patiënt worden verkregen, en die leiden tot een patiëntenprofiel worden door zorgaanbieders al verkregen en geregistreerd bij het verlenen van de zorg en betreffen dus geen extra verwerking van persoonsgegevens van de patiënt door zorgaanbieders. Deze onderliggende gegevens worden niet verplicht gesteld door de NZa om mee te sturen met de declaratie en ziet de NZa dus niet. Dit is ook niet nodig voor de voormelde controles. Door deze

beperking, en de pseudonimisering waardoor de patiënt niet direct herleidbaar is, is de inbreuk op de privacy beperkt.

Een bekostiging op basis van zorgbundels, waarin het patiëntenprofiel van belang is, stimuleert doelmatigheid van zorgverlening binnen een zorgbundel. Bovendien is er meer ruimte voor innovatie en het anders organiseren van zorg. Er is bijvoorbeeld meer ruimte voor de inzet van e-Health. Dat kan leiden tot meer waardegedreven zorg en kan de betaalbaarheid van zorg ten goede komen. Op deze manier krijgt de patiënt de juiste zorg die geschikt is voor patiënten in het betreffende profiel.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 3

Deze regeling is van toepassing op paramedische zorg, waaronder vallen: extramurale diëtetische zorg, ergotherapeutische zorg, fysiotherapeutische zorg, logopedische zorg en oefentherapeutische zorg. Om een veelvoud aan afzonderlijke nadere regels te voorkomen is ervoor gekozen om voor al deze vormen van paramedische zorg één nadere regel te introduceren.

Artikel 5.1

Bij iedere 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 bijvoorbeeld ook voor individuele zorgaanbieders. Voor de 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 1 van deze regeling genoemde zorg declareert.

Het aantal eenheden van de prestatie moet bij de declaratie worden vermeld. Hier is voor de term 'eenheden' gekozen om recht te doen aan de diversiteit van declarabele eenheden binnen de paramedische zorg. Bij extramurale diëtetiek en ergotherapie wordt per tijdseenheid (aantal kwartieren) gedeclareerd, terwijl bij fysiotherapie, logopedie en oefentherapie per zitting wordt gedeclareerd onafhankelijk van behandeltime.

Artikel 5.2

Voor de prestaties Intake en onderzoek bij COPD, Bundel 1 – Fysio/oefentherapeutisch zorgtraject ten behoeve van COPD en Bundel 2 – Fysio/oefentherapeutisch zorgtraject ten behoeve van COPD geldt het extra declaratievereiste waarbij het patiëntenprofiel conform de vigerende KNGF-richtlijn COPD moet worden aangeleverd. Het patiëntenprofiel is nodig om te kunnen controleren of voor de patiënt de juiste bundel is gedeclareerd, zodat bijvoorbeeld een patiënt met profiel 3 geen declaratie ontvangt voor bundel 2.

Artikel 4 en 5 – Administratie- en declaratievoorschriften

De NZa heeft de bevoegdheid om in een aantal gevallen nadere regels te stellen. Het betreft onder meer regels van administratief-technische aard. In de memorie van toelichting bij de Wmg wordt hierover het volgende opgemerkt: '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.'³

In artikel 36, eerste lid, Wmg zijn enkele basisvereisten opgenomen met betrekking tot de administratie van onder meer zorgaanbieders. Deze betreffen onder andere de vastlegging van geleverde prestaties en de bijbehorende ontvangen tarieven. Meer specifieke verplichtingen kunnen door de NZa in nadere regels worden opgenomen. Hier is bewust voor gekozen vanwege de diversiteit aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De regels van de NZa bieden zo een nadere invulling die aansluit bij de bedrijfsvoering van betrokken partijen.⁴

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.

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

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 30 186, nr. 3, p. 62.



Artikel 38 Wmg geeft de NZa onder meer de bevoegdheid regels te stellen over de wijze waarop zorgaanbieders rekeningen specificeren voor geleverde zorgprestaties.

De doelen van deze regeling zijn daarmee:

- het specificeren van rekeningen met betrekking tot verrichte prestaties, ter bevordering van inzichtelijke en rechtmatige declaraties en ter voorkoming van dubbele declaraties (art. 38, derde lid, onderdeel b, Wmg);
- het borgen van de vergelijkbaarheid, inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie van zorgaanbieders (art. 36, derde lid, onderdeel a, Wmg);
- het declaratie- en betalingsverkeer stroomlijnen en beperking van de administratieve lasten, onlosmakelijk verbonden met de regels van de NZa over de bekostiging van zorg (art. 37, Wmg).

De gegevens die op grond van onderhavige regeling worden verwerkt zijn in de praktijk afkomstig van de zorgaanbieders die de zorg leveren. De gegevens worden o.a. via de declaraties naar de zorgverzekeraars gestuurd. De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars, die daarbij verschillende wettelijke taken en bevoegdheden hebben. Deze taken en bevoegdheden houden verband met artikel 27, 35, derde lid en 36, van de Wmg. Om deze taken en plichten goed uit te kunnen voeren is informatie nodig over de zorg die geleverd wordt aan cliënten.

De NZa ontvangt deze gegevens ook van de zorgverzekeraars, al dan niet via Vektis. De regels van de NZa zorgen er onder meer voor dat deze gegevens op eenduidige wijze worden vastgelegd en uitgewisseld.

Informatieplicht, privacyverklaring NZa en FAQ

In de keten van zorgaanbieder, zorgverzekeraar en NZa rust op zowel de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar als 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. Omdat elke partij binnen deze keten andere wettelijke verplichtingen en bevoegdheden heeft, is het gevolg dat elke partij ook andere (persoons)gegevens kan opvragen. Dit maakt de informatieplicht aan betrokkenen des te belangrijker.

Omdat de in deze regeling genoemde gegevens niet rechtstreeks bij de betrokkene worden verzameld, moeten betrokkenen op grond van artikel 14 AVG worden geïnformeerd. Op deze verplichting gelden enkele uitzonderingen. Het is voor de NZa praktisch onmogelijk om alle betrokkenen rechtstreeks te informeren. De NZa ontvangt alleen gepseudonimiseerde gegevens, waardoor niet zichtbaar is 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 deze uitzonderingen doet de NZa haar best om betrokkenen zo goed mogelijk te informeren.

De manier waarop de NZa omgaat met de rechten van betrokkenen (zoals cliënten van zorgaanbieders) is beschreven in haar privacyverklaring, die te vinden is op de website van de NZa. In deze verklaring staat onder meer dat betrokkenen zich kunnen beroepen op hun rechten op grond van de AVG, wat deze rechten inhouden en hoe zij deze rechten kunnen uitoefenen.

Daarnaast heeft de NZa op haar website een FAQ gepubliceerd met vragen en antwoorden over de verwerking van persoonsgegevens door de NZa.⁵

⁵ www.nza.nl