

Inhoudsopgave

Kenmerk
BR/CU-2147

Artikel 1.	Reikwijdte.....	2
Artikel 2.	Doel van de beleidsregel.....	2
Artikel 3.	Begripsbepalingen	2
Hoofdstuk I	Prestaties	6
Artikel 4.	Prestatiebeschrijvingen.....	6
Artikel 5.	DBC-zorgproducten.....	7
Artikel 6.	Subtraject.....	8
Artikel 7.	Overige zorgproducten	9
Artikel 7a.	Beschrijvingen van overige zorgproducten	10
Artikel 8.	Onderlinge dienstverlening	12
Hoofdstuk II	Procedure wijzigingen DBC productstructuur en aanvragen overige zorgproducten	12
Artikel 9.	Algemeen	12
Artikel 10.	Procedure wijziging add-on geneesmiddelenlijst en stollingsfactorenlijst.....	12
Artikel 10a.	Inwerkingtreding besluit aanpassing add-on geneesmiddelenlijst respectievelijk stollingsfactorenlijst	15
Hoofdstuk III	Tarieven	16
Artikel 11.	Tariefopbouw en tariefsoorten	16
Artikel 12.	Tariefberekening.....	17
Hoofdstuk IV	Positie van solisten	18
Artikel 13.	Criteria solist.....	18
Hoofdstuk V	Slotbepalingen	19
Artikel 14.	Wijzigen prestaties en tarieven met terugwerkende kracht..	19
Artikel 15.	Intrekking oude beleidsregel	19
Artikel 16.	Overgangsbepaling	19
Artikel 17.	Inwerkingtreding en citeertitel.....	20
Toelichting		21
Bijlagen		28

Op grond van artikel 57, eerste lid, onderdeel b en c van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) beleidsregels vast over het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen. Op grond van artikel 53, onderdeel b juncto artikel 52, onderdeel e van de Wmg stelt de NZa de tarieven en de prestatiebeschrijvingen die uit deze beleidsregel voortvloeien ambtshalve vast.

Kenmerk
BR/CU-2147

Pagina
2 van 28

Op grond van artikel 59, onderdeel a en b Wmg heeft de Minister van VWS met de brief van 27 juni 2011 (kenmerk MC-U-3070826), de brief van 25 juli 2011 (kenmerk MC-U-3073582), de brief van 30 augustus 2011 (kenmerk MC-U-3078436) en de brief van 26 juni 2012 (kenmerk MC-U-3119631) ten behoeve van deze beleidsregel aan de NZa een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg gegeven. Daarnaast heeft de Minister, in verband met de invoering van integrale tarieven, op 21 mei 2014 een aanwijzing als bedoeld in artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven (kenmerk 371987-120847-MC).

Artikel 1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op medisch specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria), audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering, geriatrische revalidatiezorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden.

Deze beleidsregel is niet van toepassing op abortuszorg geleverd door abortusklinieken en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en generalistische basis GGZ, als bedoeld in de beleidsregels 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' en 'Generalistische basis GGZ', met uitzondering van de relevante GGZ-prestaties die zijn opgenomen in bijlage 4 (overige zorgproducten) behorend bij de nadere regeling medisch specialistische zorg

Artikel 2. Doel van de beleidsregel

In deze beleidsregel legt de NZa vast op welke manier zij gebruik maakt van – en invulling geeft aan – haar wettelijke bevoegdheden ten aanzien van de bekostiging van de medisch specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering, geriatrische revalidatiezorg en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden. Doel is het bewerkstelligen van een evenwichtige set prestaties en tarieven voor deze categorieën van zorg, waarmee de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van die zorg wordt geborgd.

Artikel 3. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

- a. *Add-on*
Een overig zorgproduct, uitgedrukt in zorgactiviteiten, behorend bij een DBC-zorgproduct.

- b. *AGB-code:*
Een unieke code die aan de zorgverlener-, praktijk- en/of instellingsgegevens wordt toegekend en waarmee de zorgaanbieder en de praktijk of instelling kan worden geïdentificeerd.
- c. *Beslisboom*
De beslisboom beschrijft de criteria op grond waarvan een subtraject in combinatie met zorgactiviteiten door een grouper wordt afgeleid tot een DBC-zorgproduct of uitvalproduct.
- d. *DBC*
Een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is een declarabele prestatie, die het resultaat is van (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt.
- e. *DBC-zorgproduct*
Een declarabele prestatie die via de beslisboom is afgeleid uit een subtraject met zorgactiviteiten.
- f. *DBC-zorgproductcode*
Het unieke nummer van een DBC-zorgproduct dat bestaat uit negen posities. De code is opgebouwd uit een DBC-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke DBC-zorgproduct binnen een DBC-zorgproductgroep (drie posities)
- g. *DBC-zorgproductgroep*
Een verzameling van DBC-zorgproducten. Deze verzameling is geclusterd op basis van medische kenmerken zoals ICD-10 diagnose, WBMV-indicatie of andere (zogenaamde pre-MDC) criteria. Elke DBC-zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom.
- h. *DBC-zorgproductgroepcode*
Een zescijferige code van de DBC-zorgproductgroep, waar een DBC-zorgproduct tot behoort.
- i. *Declaratiedataset*
De verzameling van gegevens die nodig is om de geleverde zorg af te leiden uit de grouper.
- j. *(typerende) Diagnose*
De diagnose die de geleverde zorg over de te declareren periode (het subtraject) het beste typeert. De typerende diagnose kan per subtraject verschillen.
- k. *Diagnose-combinatietabel*
Een niet-limitatieve opsomming van diagnoses waarvoor geen parallelle DBC-zorgproducten mogen worden gedeclareerd.
- l. *Eigen patiënt*
Een patiënt is een eigen patiënt van de zorgverlener, indien deze patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.
- m. *Eigen zorgverlener*
Zorgverlener tot wie de patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend en die verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.
- n. *Gereguleerd segment*
Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven vaststelt.
- o. *Grouper*
Een applicatie in een beveiligde omgeving die op basis van een aangeleverde declaratiedataset DBC-zorgproducten en add-ons afleidt conform de door de NZa vastgestelde prestatie- en tarieventabellen en beslisbomen.

- p. *Hoofdbehandelaar*
Zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en/of verantwoordelijk is voor de behandeling van die zorgvraag. Bij medische overdracht van een patiënt wordt ook het hoofdbehandelaarschap overgedragen.
- q. *Hoofddiagnose ICD-10*
De ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek.
- r. *ICD-10*
De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10).
- s. *Instelling*
Instelling als bedoeld in artikel 1.2, aanhef en onder nummer:
– 1 (instelling voor medisch specialistische zorg);
– 2 (audiologische centra);
– 3 (trombosediensten);
– 13 (instelling voor erfelijkheidsadvisering);
– 18 (instellingen voor verpleging), voor zover zij geriatrische revalidatiezorg leveren,
van het Uitvoeringsbesluit WTZi.
- t. *Integraal tarief*
Tarief waarin alle vergoedingen zijn opgenomen voor kosten die een zorgverlener in rekening mag brengen in verband met het leveren van een prestatie.
- u. *Kostendrager*
Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.
- v. *Macrokader medisch specialistische zorg*
Financieel kader vastgesteld door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). VWS stelt jaarlijks één integraal macrokader vast voor zorgverleners van medisch specialistische zorg.
- w. *Maximumtarief*
Bedrag als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg, dat ten hoogste als tarief voor een prestatie in rekening mag worden gebracht.
- x. *Medisch specialistische zorg*
Medisch specialistische zorg, met inbegrip van audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en generalistische basis GGZ.
- y. *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.
- z. *Ondersteunend specialist*
Een specialist die niet als poortspecialist fungeert en die medisch specialistische zorghandelingen uitvoert in het kader van een zorgtraject van een poortspecialist. Een ondersteunend specialist heeft dus geen eigen zorgtraject.
Als ondersteunende specialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: radiologie (0362), nucleaire geneeskunde (0363), klinische chemie (0386), medische microbiologie (0387), pathologie (0388), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390).
In bepaalde gevallen kan een ondersteunend specialist wel fungeren als poortspecialist en is er sprake van een eigen zorgtraject. Dit geldt voor: een interventie-radioloog (0362), een anesthesist als pijnbestrijder (0389) en een klinisch geneticus (0390).

aa. *Overig zorgproduct (OZP)*

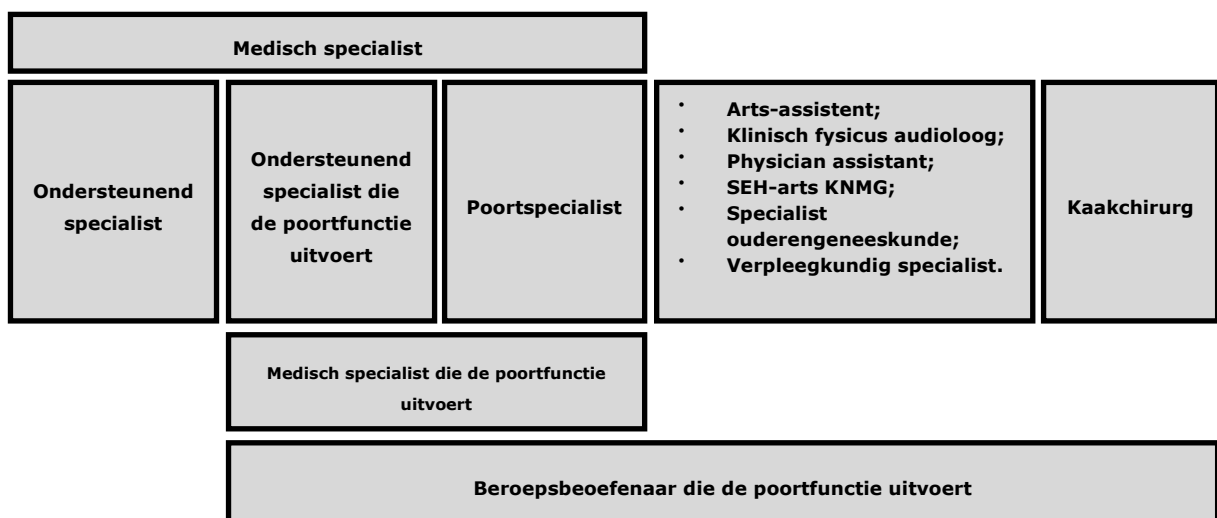
Een prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een DBC-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn onderverdeeld in vier hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.

Kenmerk
BR/CU-2147
Pagina
5 van 28

bb. *Poortfunctie*

Typering van een zorgaanbieder die een zorgtraject voor medisch specialistische zorg kan starten. De poortfunctie kan uitgevoerd worden door de poortspecialist en de volgende ondersteunende specialisten: interventie-radioloog (0362), anesthesist als pijnbestrijder (0389) en klinisch geneticus (0390). Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant.

Figuur 1 Overzicht beroepsbeoefenaren



Bron: NZa

cc. *Poortspecialist*

De medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde (0301), KNO (0302), heekunde/chirurgie (0303), plastische chirurgie (0304), orthopedie (0305), urologie (0306), gynaecologie (0307), neurochirurgie (0308), dermatologie (0310), inwendige geneeskunde (0313), kindergeneeskunde/neonatalogie (0316), gastro-enterologie/MDL (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361) en sportgeneeskunde.

dd. *Prestatie*

Prestatiebeschrijving als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onder d, van de Wmg.

ee. *Solist*

Solistisch werkende zorgaanbieder die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een andere zorgaanbieder, zelfstandig beroepsmatig medisch specialistische zorg verleent.

- ff. *Specialist ouderengeneeskunde*
De zorgaanbieder die als specialist ouderengeneeskunde is geregistreerd door de 'Huisarts en Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratiecommissie' (HVRC).
- gg. *Subtraject*
Een afgebakende periode binnen het zorgtraject van de patiënt die op een vooraf bepaald moment wordt afgesloten.
- hh. *Typeringslijst*
Overzicht per medisch specialisme of type van zorg waarop de voor het betreffende specialisme (type van zorg) toegestane componenten binnen de DBC-registratie zijn weergegeven.
- ii. *Uitvalproduct*
Een combinatie van subtraject en zorgactiviteiten die niet leidt tot een declarabel DBC-zorgproduct.
- jj. *Verpleeghuis*
Organisatorische verband dat op grond van artikel 5, eerste lid, WTZi is toegelaten als instelling voor verpleging als bedoeld in artikel 1.2 nummer 18, van het Uitvoeringsbesluit WTZi voor de functie verblijf in combinatie met behandeling.
- kk. *Vrij segment*
Het geheel van prestaties waarvoor de NZa geen tarieven vaststelt.
- ll. *Vrij tarief*
Tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de Wmg, dat voor een prestatie in rekening mag worden gebracht.
- mm. *Zorgaanbieder*
Natuurlijk persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, aanhef en onderdeel c, van de Wmg.
- nn. *Zorgactiviteit*
De bouwstenen van het DBC-zorgproduct die gezamenlijk het profiel van een DBC-zorgproduct vormen. Zorgactiviteiten bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welk DBC-zorgproduct kan worden gedeclareerd. Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten.
- oo. *Zorgproduct*
Een aanduiding van prestaties binnen de medisch specialistische zorg. Zorgproducten zijn onderverdeeld in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten.
- pp. *Zorgprofiel*
Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.
- qq. *Zorgtraject*
Het geheel van prestaties van een zorgverlener, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorgverlener consulteert. Een zorgtraject is geen declarabele prestatie, maar bestaat uit één of meerdere declarabele subtrajecten.
- rr. *Zorgverlener*
Instelling of solist.

Kenmerk
BR/CU-2147

Pagina
6 van 28

Hoofdstuk I Prestaties

Artikel 4. Prestatiebeschrijvingen

Prestaties binnen de medisch specialistische zorg worden door de NZa – in beginsel jaarlijks – vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking DOT'. Prestaties worden onderscheiden in

- DBC-zorgproducten;
- Overige zorgproducten.

Artikel 5. DBC-zorgproducten

1. De NZa verdeelt de zorg in zorgactiviteiten. Iedere zorgactiviteit wordt voorzien van een unieke zorgactiviteitcode en is enkelzijdig omschreven.
2. Alle geldende zorgactiviteiten worden vermeld in bijlage 6 van de nadere regel 'Medisch specialistische zorg'. Bij de toepassing van bepaalde zorgactiviteiten gelden registratieregels. Deze registratieregels zijn opgenomen in de nadere regel 'Medisch specialistische zorg'.
3. Een DBC-zorgproduct omvat het geheel van zorgactiviteiten van een zorgverlener in het kader van de zorgvraag van de patiënt. Hiervoor geldt met ingang van 1 januari 2015 een integraal tarief. De DBC-zorgproducten zijn weergegeven in bijlage 1 van de nadere regel 'Medisch specialistische zorg'.
4. De NZa stelt in de beslisboom vast welke zorgactiviteiten, die geregistreerd zijn binnen een subtraject, afleiden tot een prestatie en welk DBC-zorgproduct kan worden gedeclareerd.
5. DBC-zorgproducten worden onderverdeeld in verschillende DBC-zorgproductgroepen op basis van de hoofd- en subhoofdstukken van de ICD-10. Elke zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom voor de afleiding tot DBC-zorgproducten.
6. Zolang zorg niet in te delen is op basis van de ICD-10 hoofdstukken, kan deze zorg worden ingedeeld in Pre-MDC zorgproductgroepen.
7. Ieder DBC-zorgproduct krijgt een DBC-zorgproductcode met negen posities, samengesteld uit de DBC-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke DBC-zorgproduct binnen de DBC-zorgproductgroep (drie posities).
8. Aan elke DBC-zorgproductcode wordt een declaratiecode verbonden die binnen het gereguleerde segment aangeeft welk maximumtarief in rekening mag worden gebracht. De declaratiecode bestaat uit zes posities waarbij de eerste twee posities aangeven:
 - of er sprake is van zorg binnen het gereguleerde of vrije segment;
 - of aanspraak vanuit de Zvw-basisverzekering van toepassing is.
 Zie tabel 1 voor een verdeling van de eerste twee posities van de declaratiecode.

Tabel 1: Declaratiecode

	Gereguleerd segment	Vrij segment
Aanspraak vanuit Basisverzekering	14xxxx	15xxxx
Geen aanspraak basisverzekering	16xxxx	17xxxx
Onder voorwaarden aanspraak basisverzekering	14xxxx / 16xxxx	15xxxx / 17xxxx

9. Bij één declaratiecode kunnen (onder een eventueel maximumtarief) tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder meerdere prijsafspraken worden gemaakt (prijsdifferentiatie).
10. Alle DBC-zorgproducten en daarbij behorende voorschriften, voorwaarden en beperkingen worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking DOT' en omschreven in de nadere regel 'Medisch specialistische zorg'. De door de NZa vastgestelde DBC-zorgproducten zijn weergegeven in bijlage 1 van de nadere regel 'Medisch specialistische zorg'.

Artikel 6. Subtraject

1. Een gestart zorgtraject kan leiden tot een declarabel DBC-zorgproduct of een uitvalproduct.
2. Voor een zo nauwkeurig mogelijke aansluiting tussen de daadwerkelijk geleverde zorg en de prestatiebeschrijving wordt een subtraject onderscheiden op basis van een drietal componenten:
 - a) **Zorgtype**
De volgende zorgtypes worden onderscheiden:
 - ZT11: het eerste subtraject binnen een zorgtraject.
 - ZT21: alle volgende subtrajecten binnen een zorgtraject na afsluiting van zorgtype 11.
 - ZT13: subtraject bij een intercollegiaal consult (ICC). Subtrajecten met zorgtype 13 vormen tevens een zorgtraject.
 - ZT51: subtraject voor opname op de IC en voor IC intercollegiaal consult buiten de IC met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
 - ZT52: subtraject voor opname op de IC zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
 - ZT41: subtraject voor een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch specialistische behandeling en diagnostiek.
 - b) **Zorgvraag**
Bij de volgende specialismen speelt de component zorgvraag een rol bij het afleiden van een subtraject;
 - plastische chirurgie;
 - urologie;
 - kindergeneeskunde/neonatologie;
 - neurologie;
 - revalidatiegeneeskunde; en
 - consultatieve psychiatrie.Bij de andere specialismen is 'zorgvraag' niet opgenomen in de typeringslijsten.
 - c) **Diagnose**
De diagnose geeft weer hoe de geleverde zorg binnen een subtraject het best kan worden getypeerd.
3. De diagnosecodes zijn opgenomen in de typeringslijst zoals opgenomen in bijlage 2 van de nadere regel 'Medisch specialistische zorg'.

Artikel 7. Overige zorgproductenKenmerk
BR/CU-2147Pagina
9 van 28

1. De prestaties binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde DBC-zorgproducten, worden overige zorgproducten genoemd.
2. Overige zorgproducten bestaan uit vier hoofdcategorieën, met daaronder subcategorieën. In tabel 2 is een overzicht opgenomen.

Tabel 2: Onderverdeling overige zorgproducten

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
1. Supplementaire producten	Add-on geneesmiddelen
	Overig traject
	Add-on IC
	Stollingsfactoren
2. Eerstelijnsdiagnostiek	Beeldvormende diagnostiek
	Klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek
	Med specialistische behandeling en diagnostiek
	Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek
	Pathologie
	Trombosemeting
3. Paramedische behandeling en onderzoek	Dieetadvisering
	Ergotherapie
	Fysiotherapie
	Logopedie
	Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck
	Optometrie
	Orthoptie
	Verloskunde
4. Overige verrichtingen	Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg
	Bijzondere tandheelkunde
	Extracorporele immunoabsorptiebehandeling
	Hyperbare zuurstofbehandeling
	Kaakchirurgie
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekingen
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering
	Onderlinge dienstverlening
	Prenatale screening
	Regiefunctie complexe wondzorg
	Reiskosten
	SCEN-consultatie
	Spermabank/vitrificatie en opslag eicellen
	Verpleging in thuissituatie

3. Alle overige zorgproducten en daarbij behorende voorschriften, voorwaarden en beperkingen worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking DOT' en omschreven in de nadere regel 'Medisch specialistische zorg'. De door de NZa vastgestelde overige zorgproducten zijn weergegeven in bijlage 4 van de nadere regel 'Medisch specialistische zorg'.

Artikel 7a. Beschrijvingen van overige zorgproducten

1. De hoofdcategorie supplementaire producten bestaat uit overige zorgproducten die zowel los als additioneel bij een DBC-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden.
 - a. Add-ons IC zijn overige zorgproducten voor de intensive care zorg, uitgedrukt in zorgactiviteiten.
 - i. De volgende zorgtypes worden onderscheiden voor de add-ons IC:
 - Zorgtype 51: zorgtrajecten voor opname op de IC en voor IC intercollegiaal consult buiten de IC met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist. De add-on IC is gekoppeld aan het DBC-zorgproduct van deze poortspecialist.
 - Zorgtype 52: zorgtrajecten voor opname op de IC zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
 - ii. Het tarief voor de IC-behandeldag is inclusief kosten voor opname en beademing en is alleen van toepassing op IC patiënten die behandeld worden op de IC.
 - b. Een add-on geneesmiddel is een overig zorgproduct, uitgedrukt in zorgactiviteiten, dat additioneel bij een DBC-zorgproduct wordt gedeclareerd indien de stofnaam en de indicatie van een geneesmiddel zijn vastgesteld als add-on.
 - i. Als hoofdregel geldt dat de kosten van een geneesmiddel integraal onderdeel zijn van een DBC-zorgproduct. Indien bekostiging van een geneesmiddel niet als integraal onderdeel van een DBC-zorgproduct kan verlopen, stelt de NZa voor deze combinaties van stofnamen (werkzame stof) en indicaties add-on prestaties vast. In artikel 10 wordt beschreven wanneer een add-on wordt vastgesteld.
 - ii. Een add-on prestatie wordt gebaseerd op de gebruikte hoeveelheid in (eenheden van) gram, units (E of IE) of becquerel (Bq) per toedieningsvorm (bijvoorbeeld infusiepoeder of injectievloeistof) per patiënt per gebruikte eenheid.
 - iii. Het wel of niet beschikbaar zijn van een add-on geneesmiddel is geen duiding van een aanspraak of recht op vergoeding voor een individuele patiënt.
 - iv. De NZa houdt een overzicht bij van alle add-on geneesmiddelen in de NZa Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen (hierna 'add-on geneesmiddelenlijst'). De add-on geneesmiddelenlijst wijzigt bij de vaststelling of verwijdering van een add-on prestatie. Het genomen besluit is opgenomen in zowel de add-on geneesmiddelenlijst als in een prestatie- en tariefbeschikking add-on.
 - c. Stollingsfactoren zijn aan patiënten toegediende dan wel afgeleverde stollingsfactoren in het kader van een behandelplan voor hemofilie en aanverwante hemostaseziekten door een ex artikel 8 WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten. Stollingsfactoren zijn aan patiënten toegediende dan wel afgeleverde geneesmiddelen.

- i. Als hoofdregel geldt dat de kosten van een geneesmiddel integraal onderdeel zijn van een DBC-zorgproduct. Indien bekostiging van een geneesmiddel niet als integraal onderdeel van een DBC-zorgproduct kan verlopen, stelt de NZa voor de productnamen overige zorgproducten stollingsfactoren (hierna stollingsfactoren) vast. In artikel 10 wordt beschreven wanneer een stollingsfactor wordt vastgesteld.
 - ii. Een stollingsfactor wordt gebaseerd op de gebruikte hoeveelheid in (eenheden van) gram of units (E) per patiënt per toediening.
 - iii. Het wel of niet beschikbaar zijn van een stollingsfactor is geen duiding van een aanspraak of recht op vergoeding voor een individuele patiënt.
 - iv. De NZa houdt een overzicht bij van alle stollingsfactoren in de Prestatie- en tarieventabel stollingsfactoren (hierna 'stollingsfactorenlijst'). De stollingsfactorenlijst wijzigt bij de vaststelling of verwijdering van een stollingsfactor. Het genomen besluit is opgenomen in zowel de stollingsfactorenlijst als in een prestatie- en tariefbeschikking stollingsfactoren.
 - d. Een overig traject is een overig zorgproduct voor aaneengesloten trajecten, uitgedrukt per dag, die in plaats van een reguliere verpleegdag en naast een DBC-zorgproduct gedeclareerd kan worden.
2. Overige zorgproducten uit de hoofdcategorie eerstelijnsdiagnostiek worden uitgedrukt in (diagnostische) prestaties die los gedeclareerd moeten worden.
 3. Overige zorgproducten uit de hoofdcategorie paramedische behandeling en onderzoek worden uitgedrukt in prestaties die los gedeclareerd moeten worden.
 4. Een overig zorgproduct uit de hoofdcategorie overige verrichtingen wordt uitgedrukt in een prestatie die los gedeclareerd moet worden.
 - a. De prestaties kaakchirurgie zijn ingedeeld in negen medisch inhoudelijke productgroepen, te weten:
 - i. Consultatie
 - ii. Diagnostiek en niet-chirurgische prestaties
 - iii. Dentoalveolaire chirurgie
 - iv. Kaakgewrichtspathologie
 - v. Preprothetische chirurgie
 - vi. Traumatologie
 - vii. Oncologie/reconstructie
 - viii. Chirurgie
 - Harde weefsels/Orthognathie
 - Weke delen
 - Speekselklierchirurgie
 - Aangezichts- en cosmetische chirurgie
 - ix. Kostenvergoedingen

In bijlage 6 van de nadere regel 'Medisch specialistische zorg' is per prestatie weergegeven tot welke productgroep de prestatie behoort.
 - b. Verrichtingen bijzondere tandheelkunde (199800 t/m 199802)

Instellingen voor medisch specialistische zorg, waarin tenminste 1,0 fte tandartsen in de functie van bijzondere tandheelkunde werkzaam zijn, kunnen een individueel stoelurtarief aanvragen bij de NZa (prestatie 199800). Dit verzoek dient mede ondertekend te zijn door de betrokken zorgverzekeraars.

De rekennorm is minimaal 1.206 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts voor kleinere instellingen ($1,0 \leq \text{fte tandarts} < 2,0$) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele stoeluren per werkdag.

- c. De rekennorm is minimaal 1.106 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts voor grotere instellingen ($\geq 2,0$ fte tandarts) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 5,5 declarabele stoeluren per werkdag.

Voor de onderbouwing van het gezamenlijk aangevraagde individuele stoeluurtarief bijzondere tandheelkunde, dient de berekeningssystematiek aangehouden te worden zoals vermeld in de beleidsregel 'Bijzondere tandheelkunde instellingen'.

Artikel 8. Onderlinge dienstverlening

1. Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening (190064)') vastgesteld met een vrij tarief voor het in rekening brengen van delen van een DBC-zorgproduct indien de volledige prestatie door twee of meer zorgaanbieders wordt geleverd.
2. Alle denkbare (delen van) DBC-zorgproducten respectievelijk zorgactiviteiten die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, etc.) plaatsvinden, kunnen in rekening worden gebracht.

Hoofdstuk II Procedure wijzigingen DBC productstructuur en aanvragen overige zorgproducten

Artikel 9. Algemeen

1. De procedure omtrent wijzigingen van de DBC-productstructuur en overige zorgproducten staat beschreven in de beleidsregel 'Toetsingskader beoordeling DBC-productstructuur'.
2. Voor wijzigingen van de add-on geneesmiddelenlijst en de stollingsfactorenlijst geldt een bijzondere aanvraagprocedure, beschreven in artikel 10 van deze beleidsregel.

Artikel 10. Procedure wijziging add-on geneesmiddelenlijst en stollingsfactorenlijst

1. De NZa besluit voor welke combinaties van stofnamen en indicaties een add-on prestatie (add-on geneesmiddelenlijst) en voor welke productnamen een stollingsfactor (stollingsfactorenlijst) wordt vastgesteld. Deze lijsten komen tot stand door het besluit van de NZa om:
 - naar aanleiding van een gezamenlijke wijzigingsaanvraag van minstens één zorgaanbieder en minstens één zorgverzekeraar, al dan niet door tussenkomst van de branchepartij, de add-on geneesmiddelenlijst of de stollingsfactorenlijst te wijzigen.
 - ambtshalve de add-on geneesmiddelenlijst of de stollingsfactorenlijst te wijzigen.

2. De stollingsfactorenlijst zoals die met ingang van 1 januari 2016 luidt, is gebaseerd op de Indicatielijst stollingsfactoren (bijlage 5 bij de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', kenmerk BR/CU-2136), die geldig was op 31 december 2015.
3. Voor opname van een add-on geneesmiddel of een stollingsfactor op de add-on geneesmiddelenlijst, respectievelijk de stollingsfactorenlijst, hanteert de NZa de volgende criteria:
 - Voor stofnamen en indicaties op de add-on geneesmiddelenlijst of voor stofnamen en/of indicaties waarvoor een aanvraag tot opname wordt ingediend, moet voor het corresponderende handelsproduct een handelsvergunning zijn afgegeven door de Nederlandse (CBG) of Europese (EMA) registratieautoriteit.
 - Voor productnamen op de stollingsfactorenlijst of voor productnamen waarvoor een aanvraag tot opname wordt ingediend, moet een handelsvergunning zijn afgegeven door de Nederlandse (CBG) of Europese (EMA) registratieautoriteit.
 - De bekostiging van de betreffende stofnaam en/of indicatie respectievelijk van de betreffende stollingsfactor als onderdeel van een DBC-zorgproduct leidt tot kosteninhomogene DBC-zorgproducten.
4. Vanaf het moment dat er een positieve opinie is afgegeven door de Committee for medicinal products for human use (CHMP) kan ook een aanvraag tot opname op de add-on geneesmiddelenlijst, respectievelijk de stollingsfactorenlijst, voor een nog te registreren geneesmiddel worden ingediend. Indien nog geen handelsvergunning is afgegeven, dient aanvullend het bewijs van positieve opinie te worden ingediend. De NZa hanteert een klokstop tot het moment dat voor het corresponderende handelsproduct een handelsvergunning is afgegeven. Een aanvraag is niet compleet (onvolledig), indien de NZa in het kader van die aanvraag niet op de hoogte is gesteld van de registratiedatum door een van de aanvragende partijen. Aanvragen die onvolledig zijn, kan de NZa niet in behandeling nemen.
5. Van de eis dat sprake moet zijn van een geregistreerde indicatie op de add-on geneesmiddelenlijst kan door de NZa worden afgeweken indien er sprake is van een positief en onderbouwd oordeel van Zorginstituut Nederland of van de aanvragende zorgverzekeraar(s) aangaande de stand van de wetenschap en praktijk voor wat betreft de toepassing van de stofnaam voor een niet-geregistreerde indicatie. Indien beschikbaar dient het betreffende oordeel van Zorginstituut Nederland bijgevoegd te worden bij de add-on geneesmiddel aanvraag.
6. Voor het indienen van een wijzigingsaanvraag moet aan de volgende voorwaarden en criteria zijn voldaan:
 - Tweezijdige aanvraag: minstens één zorgaanbieder en minstens één zorgverzekeraar, al dan niet door tussenkomst van de branchepartij, kunnen een wijzigingsaanvraag indienen voor de add-on geneesmiddelenlijst en de stollingsfactorenlijst. De aanvraag dient het volledig en naar waarheid ingevulde 'Formulier voor indiening wijzigingsaanvraag add-on geneesmiddelenlijst' of 'Formulier voor indiening wijzigingsaanvraag stollingsfactorenlijst' te bevatten.

7. Binnen twintig werkdagen na ontvangst van een compleet en naar waarheid ingevuld 'Formulier voor indiening wijzigingsaanvraag add-on geneesmiddelenlijst' respectievelijk 'Formulier voor indiening wijzigingsaanvraag stollingsfactorenlijst':
 - verzoekt de NZa de vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN) een advies uit te brengen over deze aanvraag.
 - wordt de registratiehouder door de NZa op de hoogte gesteld van de ingediende wijzigingsaanvraag tot opname dan wel verwijdering van een add-on geneesmiddel of stollingsfactor.
8. De NVZ, NFU, ZKN, Actiz en ZN verstrekken uiterlijk zes weken na ontvangst van de adviesaanvraag van de NZa gezamenlijk een advies door het opsturen van een volledig en naar waarheid ingevuld 'Formulier Advies aan de NZa over wijzigingsverzoek add-on geneesmiddelenlijst' respectievelijk het 'Formulier Advies aan NZa over wijzigingsaanvraag stollingsfactorenlijst'. Deze formulieren zijn te vinden op de website van de NZa. Gedurende de periode dat de NZa in afwachting is van het advies van de adviescommissie, ligt de beslistermijn van de NZa stil.
9. Uit het advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet objectiveerbaar en verifieerbaar blijken:
 - of de bekostiging van de betreffende stofnaam en/of indicatie respectievelijk van de betreffende stollingsfactor als onderdeel van een DBC-zorgproduct leidt tot kosteninhomogene DBC-zorgproducten;
 - op welke wijze in het kader van de advisering getoetst is of een add-on geneesmiddel respectievelijk een stollingsfactor wel of niet als onderdeel van een DBC-zorgproduct leidt tot een kostenhomogeen DBC-zorgproduct;
 - dat het advies zorgvuldig en consistent met eerdere adviezen tot stand is gekomen.
10. Indien de NZa uiterlijk zes weken na verzending van de adviesaanvraag aan NVZ, NFU, ZKN, Actiz en ZN geen advies heeft ontvangen, verzoekt zij de genoemde partijen om alsnog binnen een redelijke termijn advies te verstrekken. De NZa kan, indien het advies in haar ogen niet volledig of onvoldoende duidelijk is, de genoemde partijen verzoeken om nader, respectievelijk aanvullend advies. Gedurende de periode dat de NZa in afwachting is van dit nader of aanvullende advies, ligt de beslistermijn van de NZa stil.
11. De registratiehouder krijgt tot uiterlijk zes weken na ontvangst van deze mededeling als bedoeld in lid 10.7 de mogelijkheid om een zienswijze naar voren te brengen over de aanvraag tot opname dan wel verwijdering van een add-on geneesmiddel respectievelijk stollingsfactor. De NZa betreft deze zienswijze bij haar besluitvorming over de wijzigingsaanvraag.
12. De partijen die bij de NZa een aanvraag tot opname of verwijdering van een stofnaam en/of indicatie van de add-on geneesmiddelenlijst respectievelijk van een productnaam van de stollingsfactorenlijst indienen, kunnen voor zover beschikbaar het advies van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de zienswijze(n) van de registratiehouder(s) bijvoegen.

13. De NZa betreft een gezamenlijk advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN) en de zienswijze(n) van de registratiehouder(s) in haar besluitvorming over een wijzigingsaanvraag van de add-on geneesmiddelenlijst of de stollingsfactorenlijst. Genoemd advies dient ter onderbouwing (motivering) van het besluit dat de NZa moet nemen over opname of verwijdering van een add-on geneesmiddel of stollingsfactor en de inwerkingstredingsdatum daarvan. Het advies moet voldoende onderbouwd zijn op basis van objectieve en verifieerbare bronnen.
14. De NZa neemt, op voorwaarde dat aan alle indieningsvereisten is voldaan, uiterlijk twintig werkdagen na ontvangst van het advies van NVZ, NFU, ZKN Actiz en ZN een besluit over de ingediende wijzigingsaanvraag. In het besluit wordt aangegeven wat de datum van inwerkingtreding van de wijziging is.
15. Het besluit van de NZa tot opname of verwijdering wordt gepubliceerd op de website van de NZa, in de Staatscourant en wordt per post gestuurd aan de aanvragende partijen.

Kenmerk
BR/CU-2147

Pagina
15 van 28

Artikel 10a. Inwerkingtreding besluit aanpassing add-on geneesmiddelenlijst respectievelijk stollingsfactorenlijst

1. Bij een positief besluit tot opname van een stofnaam en/of indicatie op de add-on geneesmiddelenlijst respectievelijk een productnaam op de stollingsfactorenlijst, is de datum van inwerkingtreding de eerste dag van de maand volgend op de datum van vaststelling van het besluit, indien tussen deze twee data minstens vijf werkdagen zitten.
2. Indien de periode genoemd in het vorige lid minder dan vijf werkdagen bedraagt, dan is de datum van inwerkingtreding de eerste dag van de tweede maand na de datum van vaststelling van het besluit.
3. Bij een positief besluit tot verwijdering van een stofnaam en/of indicatie van de add-on geneesmiddelenlijst respectievelijk een productnaam van de stollingsfactorenlijst, is de einddatum van de betreffende add-on respectievelijk stollingsfactor 31 december van het jaar t. De aanvraag tot verwijdering moet dan uiterlijk 1 januari van het jaar t zijn ingediend.
4. De add-on aanvraagprocedure tot opname op de add-on lijst, zoals beschreven in artikel 10 en de leden 1 en 2 van artikel 10a, kent geen onderscheid tussen aanvragen voor nieuwe en aanvragen voor bestaande combinaties van stofnaam en indicatie(s). Onder bestaande combinaties van stofnaam en indicatie(s) wordt in dit artikel verstaan: combinaties van stofnaam en indicatie(s) die op het moment van indiening van de add-on aanvraag reeds langer dan een jaar zijn geregistreerd.
5. Overgangsbepaling
In afwijking van het gestelde in artikel 13.2.5, 8e alinea ("Voor de combinatie ... t/m ... gelijk worden gesteld."), van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', kenmerk BR/CU-2136, die een geldigheidsduur kent van 1 januari tot en met 31 december 2015, geldt voor add-on aanvragen voor bestaande

combinaties van stofnaam en indicatie(s), die zijn ingediend tussen 1 januari en 31 december 2015 en die door de NZa zijn gehonoreerd, een inwerkingtredingsdatum van 1 januari 2016 (t+1) in plaats van 1 januari 2017 (t+2). Door de NZa in 2015 afgegeven beschikkingen, die betrekking hebben op gehonoreerde add-on aanvragen voor bestaande combinaties van stofnaam en indicatie(s) en waarvan de datum van inwerkingtreding is vastgesteld op 1 januari 2017, zullen worden gewijzigd middels nieuw af te geven beschikkingen met een inwerkingtredingsdatum van 1 januari 2016. Het in de vorige zin bepaalde lijdt uitzondering, indien op grond van de datum van indiening van de add-on aanvraag een inwerkingtredingsdatum (van de door de NZa af te geven beschikking) van 1 januari 2016 redelijkerwijs niet haalbaar is, gelet op de geldende advies- en beslistermijnen. In gevallen, bedoeld in de vorige zin, geldt een inwerkingtredingsdatum zo kort mogelijk na 1 januari 2016, die voortvloeit uit toepassing van de add-on aanvraagprocedure zoals beschreven in artikel 10 en de leden 1 en 2 van artikel 10a.

Kenmerk
BR/CU-2147
Pagina
16 van 28

Hoofdstuk III Tarieven

Artikel 11. Tariefopbouw en tariefsoorten

1. Het tarief voor een DBC-zorgproduct of overig zorgproduct is een integraal tarief en is opgebouwd uit meerdere kostencomponenten. Tot die componenten behoren ook de bedragen die dienen ter dekking van de kosten van (voorheen vrijgevestigde) medisch specialisten.
2. DBC-zorgproducten en overige zorgproducten zijn voor wat betreft de tariefsoort onderverdeeld in twee segmenten:
 - a. Het gereguleerde segment (ook wel A-segment genoemd) met maximum tarieven;
 - b. Het vrije segment (ook wel B-segment genoemd) met vrij onderhandelbare tarieven.

In bijlage 1 van de nadere regel 'Medisch specialistische zorg' is een overzicht opgenomen van de DBC-zorgproducten uitgesplitst naar gereguleerd en vrij segment.
3. In het algemeen behoren de overige zorgproducten tot het gereguleerde segment. Uitzondering hierop vormen de volgende overige zorgproducten die tot het vrije segment behoren en derhalve een vrij tarief kennen:
 - extramurale dieetadvisering (290164 en 290165);
 - fysiotherapie (193001 t/m 193010, 193015 t/m 193020, 193025 t/m 193030, 193081, 193087 en 193088);
 - oefen therapie (192954 t/m 192968 en 193031 t/m 193037);
 - bijbetaling aandeel onverzekerde zorg (199871 t/m 199873 en 199881 t/m 199886).
4. Over de DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment kunnen zorgverzekeraars en zorgverleners vrij onderhandelen over het tarief tot een door de NZa vastgesteld maximum.

5. De maximumtarieven die zijn omschreven in artikel 11.4 voor prestaties in het gereguleerde segment (met uitzondering van de add-on geneesmiddelen, stollingsfactoren, en een beperkte, overige set prestaties), kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt. Een tarief dat niet hoger is dan de reguliere maximumtarieven in de onderhavige tariefbeschikking kan aan een ieder in rekening worden gebracht.
Een max-max tarief kan alleen in rekening worden gebracht aan:
 - de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen voor de in rekening te brengen prestatie; of
 - de verzekerde ten behoeve van wie een zorgverzekering is gesloten bij een zorgverzekeraar met wie een zodanig maximumtarief schriftelijk is overeengekomen voor de in rekening te brengen prestatie.
 Het in rekening te brengen maximale tarief is de som van het maximumtarief als omschreven in artikel 11.4 en indien daarvoor in aanmerking gekomen wordt, de mogelijkheid als omschreven in dit artikel.
6. Van de DBC-zorgproducten die vallen onder het vrije segment is de prijs vrij onderhandelbaar tussen zorgverzekeraars en zorgverleners.
7. Tabel 3 geeft schematisch de tariefsoort per soort prestatie weer.

Tabel 3. Tariefsoort per soort prestatie

Soort prestatie	Tariefsoort integraal tarief
DBC-zorgproduct gereguleerd segment	Maximum
DBC-zorgproduct vrije segment	Vrij
Supplementair product: Add-on IC	Maximum
Supplementair product: Add-on geneesmiddelen	Maximum
Supplementair product: Overige trajecten	Maximum
Supplementair product: Stollingsfactoren	Maximum
Eerstelijnsdiagnostiek	Maximum
Paramedische behandeling en onderzoek	Maximum
Overige verrichtingen	Maximum

Artikel 12. Tariefberekening

1. Het integrale tarief is een optelsom van het kostentarief en het honorariumtarief, inclusief indexatie.
2. De totstandkoming van de tarieven volgens het NZa kostprijsmodel is beschreven in bijlage 1 van deze beleidsregel.
3. Tarieven kunnen aangepast worden op basis van het kostprijsmodel medisch specialistische zorg. Voor een aantal producten vindt de tariefberekening in de eerstelijns plaats. Voor de add-ons geneesmiddelen en stollingsfactoren geldt een bijzondere tariefbepaling.

Voor de volgende producten wordt aangesloten bij de tarieven die conform de tariefberekening voor de eerstelijns zorg tot stand zijn gekomen:

- a. Logopedie (192970 t/m 192977, 193021, 193022, 193024, 193085, 193086 en 193090 t/m 193093) uit de categorie 'OZP Paramedische behandeling en onderzoek';
- b. Prenatale screening (037510, 037512, 037514, 037516 en 037521) uit de categorie 'OZP Overige verrichtingen';
- c. Bijzondere tandheelkunde (195003 en 195004).

4. Tariefberekening add-ons geneesmiddelen
 - a. De kostenbedragen van add-on geneesmiddelen zijn gebaseerd op de laagste lijstprijs (apotheekinkoopprijs, AIP) per (eenheden van) gram (g), unit (E of IE) of becquerel (Bq) per toedieningsvorm. Dit betekent dat de NZa de lijstprijs omrekent naar de prijs per (eenheden van) g, E, IE of Bq per toedieningsvorm.
 - b. De NZa stelt één keer per jaar het maximumtarief vast op basis van de lijstprijzen. De ijkdatum voor de tarieven van jaar t is de lijstprijs van 1 april van jaar t-1.
 - c. De add-on geneesmiddel maximumtarieven zijn inclusief 6% BTW.
5. De tarieven van de stollingsfactoren op de stollingsfactorenlijst zijn gebaseerd op de lijstprijs (apotheek inkoopprijs, AIP) per verpakkingseenheid. De NZa stelt één keer per jaar de maximumtarieven vast voor deze stollingsfactoren. De ijkdatum voor de tarieven van jaar t is de lijstprijs van 1 april van jaar t-1. De maximumtarieven van de stollingsfactoren zijn inclusief 6% BTW.

Hoofdstuk IV **Positie van solisten**

Artikel 13. Criteria solist

1. Een medisch specialist (of kaakchirurg) wordt als solist, respectievelijk solopraktijk, beschouwd, indien en voor zover aan de navolgende voorwaarden is voldaan:
 - a. Men is daadwerkelijk solistisch werkzaam. Dat houdt in dit verband in: maximaal één medisch specialist (of kaakchirurg), eventueel aangevuld met één of twee (administratief) ondersteunende medewerkers, niet zijnde beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG.
 - b. In aanvulling op de vorige voorwaarde geldt dat geen sprake is van 'solistisch werkzaam zijn', indien een medisch specialist (of kaakchirurg) zorg levert met gebruikmaking, respectievelijk ondersteuning, van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG - al dan niet tegen betaling - dat in dienst is van, of dat handelt in opdracht van, dan wel dat op andere wijze handelt namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).
 - c. De werkzaamheden van de medisch specialist (of kaakchirurg) moeten betrekking hebben op de beroepsmatige levering van zorg.
 - d. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, worden niet geleverd in dienst van, in opdracht van, of namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).
 - e. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, mogen niet worden verricht door een organisatievorm die moet worden

beschouwd als een organisatorisch verband als bedoeld in artikel 5 van de WTZi (in dat geval zou immers sprake zijn van een instelling en is een WTZi-toelating vereist).

Kenmerk
BR/CU-2147

Pagina
19 van 28

- f. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, worden volledig verricht voor eigen rekening en risico van de betreffende medisch specialist (of kaakchirurg).

2. De NZa geeft individuele tariefbeschikkingen af aan solisten op grond waarvan solisten daadwerkelijk een integraal tarief voor geleverde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening kunnen brengen. De solist dient daartoe een aanvraag bij de NZa in middels een door de NZa beschikbaar te stellen aanvraagformulier.
3. Het in lid 2 omschreven aanvraagformulier staat op de website van de NZa gepubliceerd. Alleen volledig ingevulde formulieren worden door de NZa in behandeling genomen.
4. De NZa houdt een register bij van beschikkinghouders, respectievelijk (geregistreerde) solisten.

Hoofdstuk V Slotbepalingen

Artikel 14. Wijzigen prestaties en tarieven met terugwerkende kracht

De NZa kan besluiten om prestaties en tarieven die op grond van deze beleidsregel zijn vastgesteld met terugwerkende kracht te wijzigen, indien zich één of meer van de volgende situaties voordoen:

1. de wijzigingen zijn voor veldpartijen voorzienbaar geweest;
2. er is sprake van het herstellen van een kennelijke misslag.

Artikel 15. Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', met kenmerk BR/CU-2136 ingetrokken.

Artikel 16. Overgangsbepaling

De beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', met kenmerk BR/CU-2136, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold. Dit betekent dat voor overlopende DBC-zorgproducten (DBC's gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t) de op het moment van opening van het DBC-zorgproduct geldende beleidsregel van toepassing is. Voor zorgactiviteiten (inclusief overige zorgproducten) is de regelgeving leidend die op de uitvoerdatum geldig is.

Artikel 17. Inwerkingtreding en citeertitel

Kenmerk
BR/CU-2147

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2016.

Pagina
20 van 28

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg, zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

ToelichtingKenmerk
BR/CU-2147Pagina
21 van 28***Algemeen***

Per 1 januari 2016 zijn de regels omtrent medisch specialistische zorg anders vormgegeven. Deze wijzigingen zijn slechts cosmetisch van aard, zodat alle regels gestructureerd en op de juiste plaats worden weergegeven. Met de cosmetische wijzigingen zijn geen inhoudelijke wijzigingen aan de DBC-systematiek en bijbehorende spelregels aangebracht.

In deze beleidsregel worden de bevoegdheden van de NZa concreet uitgewerkt in beleid. Deze beleidsregel bindt om deze redenen alleen de NZa. De NZa maakt hiermee het beleid toetsbaar en transparant voor belanghebbende partijen en verplicht zichzelf te handelen volgens deze regels.

Deze beleidsregel beschrijft de DBC-systematiek binnen de medisch specialistische zorg. Naast een onderverdeling in producten (DBC-zorgproducten, overige zorgproducten en onderlinge dienstverlening) beschrijft deze beleidsregel ook hoe de NZa tarieven berekent.

Op basis van de uitgangspunten beschreven in deze beleidsregel stelt de NZa prestaties en tarieven vast. Deze prestaties en tarieven worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking DOT'. In deze beschikking kunnen nadere voorwaarden, voorschriften en beperkingen worden gesteld aan de declaratie van bepaalde prestaties en tarieven.

De nadere regel 'Medisch specialistische zorg' beschrijft algemene registratie-, declaratie- en informatieverplichtingen die bindend zijn voor alle zorgaanbieders van medisch specialistische zorg.

Artikelsgewijs***Artikel 1***

In deze beleidsregel is aangegeven welke zorgaanbieders onder de werkingssfeer van deze beleidsregel vallen. Daarmee is de reikwijdte van deze beleidsregel afgebakend. In lijn met de systematiek van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) is die reikwijdte functioneel omschreven, dat wil zeggen: niet de aanbieder, maar het type zorg dat de aanbieder levert, is hierbij leidend.

Artikel 2

Deze beleidsregel geeft aan op welke wijze de NZa gebruik maakt van de bevoegdheden om prestaties en tarieven vast te stellen binnen de medisch specialistische zorg. Deze beleidsregel bindt de NZa omtrent besluiten met betrekking tot prestaties en tarieven voor medisch specialistische zorg.

Artikel 3

Onderdeel a: Alleen zorg op de Intensive Care (IC) en een limitatief aantal geneesmiddelen is gedefinieerd als een add-on. Een add-on valt onder de categorie 'supplementaire producten'.

Onderdeel b: De AGB-code is opgebouwd uit 8 posities. De eerste 2 posities geven de zorgverlenersoort weer (01 = huisartsen, 03 = medisch specialist etc.). De overige 6 posities zijn een volgnummer.

Kenmerk
BR/CU-2147

Pagina
22 van 28

Onderdeel c: De NZa stelt de beslisbomen vast.

Onderdeel d: Vanaf 1 januari 2012 worden zorgprestaties uitgedrukt in DBC-zorgproducten.

Onderdeel e: Een subtraject leidt in combinatie met de geleverde zorgactiviteiten tot een declarabel DBC-zorgproduct als het voldoet aan de voorwaarden van de beslisbomen.

Onderdeel l en m: Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).

Onderdeel r: De ICD-10 is het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses waarmee de zorgaanbieder alle ziektebeelden en diagnoses van patiënten eenduidig kan registreren.

Onderdeel s: In het kader van deze regeling worden onder instellingen voor medisch specialistische zorg verstaan; (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie instellingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, longrevalidatie-instellingen, dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de in dit artikel genoemde instellingen

Onderdeel v: VWS stelt voor de geriatrische revalidatiezorg een apart macrokader vast.

Onderdeel bb: Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten

Onderdeel cc: Bij de vaststelling van de RZ16b is de door Vektis uit te geven specialismecode voor de sportgeneeskunde nog niet bekend.

Onderdeel cc: In sommige gevallen kan een poortspecialist ook als ondersteunend specialist werken (bijvoorbeeld internist die (diagnostische) scopie uitvoert).

Onderdeel rr: Met de invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015 is het declaratierecht van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten voorbehouden aan twee soorten zorgaanbieders, te weten: instellingen en solisten. In de regelgeving van de NZa worden instellingen en solisten samengevoegd onder de noemer, respectievelijk het verzamelbegrip, 'zorgverlener'.

Artikel 4

De NZa verdeelt declarabele prestaties onder in drie categorieën zorgproducten: DBC-zorgproducten, overige zorgproducten en onderlinge dienstverlening.

Artikel 5

Een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is een declarabele prestatie, die het resultaat is van (een deel van) het totale zorgtraject

van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden zorgprestaties uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit een subtraject met zorgactiviteiten via de beslisbomen. Een subtraject leidt in combinatie met de geleverde zorgactiviteiten tot een declarabel DBC-zorgproduct als het voldoet aan de voorwaarden van de beslisbomen die de NZa vaststelt. Vanaf 1 januari 2015 heeft een DBC-zorgproduct een maximale looptijd van 120 dagen. De zorgactiviteiten, zoals vastgelegd in bijlage 1 van de nadere regel 'Medisch specialistische zorg', zijn de bouwstenen van het DBC-zorgproduct en vormen gezamenlijk het profiel van een DBC-zorgproduct. Zorgactiviteiten bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welk DBC-zorgproduct kan worden gedeclareerd. Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten.

Lid 6: Bij de ontwikkeling van de productstructuur is gebleken dat niet alle zorg in te delen is in ICD-10 hoofdstukken. Een aantal DBC-zorgproductgroepen zijn daarom niet ingedeeld op basis van ICD-10. Deze worden ook wel de Pre-MDC-zorgproductgroepen genoemd. Zodra mogelijk zullen de Pre-MDC-zorgproductgroepen ondergebracht worden in de ICD-10 hoofdstukken.

Lid 7: De declaratiecode behorend bij het DBC-zorgproduct staat vermeld in de zorgproductentabel.

Artikel 6

Lid 2 onderdeel b: De component 'zorgvraag' in een subtraject dient niet verward te worden met de zorgvraag van de patiënt.

Lid 2 onderdeel c: De component diagnose wordt door de hoofdbehandelaar getypeerd met de diagnose die de geleverde zorg over de periode van het subtraject het beste typeert. Als op basis van veranderd inzicht de diagnose voor de patiënt in de loop van de behandeling anders wordt, dan kan dit leiden tot een andere diagnose in een lopend subtraject. De diagnose kan per subtraject verschillen.

Artikel 7

Een overig zorgproduct is een prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een DBC-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn per 2013 onderverdeeld in vier hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.

Artikel 7a

Lid 1 onderdeel a onder i: Omdat de kosten voor Intensive Care (IC) niet op eenduidige wijze verwerkt kunnen worden in de DBC-structuur worden er aparte add-on prestaties vastgesteld voor IC. Zorgtrajecten met zorgtype 51 en 52 bestaan uit één subtraject. Het zorgtype 51 kan tevens gebruikt worden voor het koppelen van zorgactiviteiten van ondersteuners (zowel anesthesist als poortspecialist in de rol van ondersteuner) aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

Lid 1 onderdeel b: Dit geldt voor DBC-zorgproducten in het vrije en het gereguleerde segment.

Lid 1 onderdeel b onder i: In het huidige beleid wordt een geneesmiddel binnen de medisch specialistische zorg in principe bekostigd via het tarief van een DBC-zorgproduct. Omdat de kosten van behandeling met een geneesmiddel sterk kunnen variëren op individueel niveau en een geneesmiddel daarnaast bij verschillende indicaties (en dus bij verschillende DBC-zorgproducten) kan worden ingezet, zou dit kunnen leiden tot kosteninhomogeniteit van één of meerdere DBC-zorgproducten waarbij dit middel wordt voorgeschreven. Om in dergelijke situaties negatieve gevolgen van kosteninhomogeniteit te voorkomen is - in afwijking van de hoofdregel - voor bepaalde geneesmiddelen, welke voldoen aan hierna te noemen criteria, een aparte declaratietitel gecreëerd: een add-on.

Kenmerk
BR/CU-2147
Pagina
24 van 28

Lid 1 onderdeel b onder ii: De gebruikte hoeveelheid is de hoeveelheid die nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te kunnen toedienen bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s). De gebruikte hoeveelheid is niet per definitie gelijk aan de verpakkingseenheid (bijvoorbeeld wanneer een verpakking voor meerdere patiënten gebruikt wordt; pooling).

Voorbeeld:

Voorgeschreven hoeveelheid: 32 mg

Verpakkingseenheid: 5 mg

Gebruikte hoeveelheid per patiënt per keer indien een andere patiënt niet met dezelfde verpakking kan worden behandeld: 35 mg

Gebruikte hoeveelheid indien een andere patiënt met de resterende 3 mg uit dezelfde verpakking kan worden behandeld: 32 mg

Lid 1 onderdeel c onder i: Omdat de kosten van behandeling met een geneesmiddel sterk kunnen variëren op individueel niveau en een geneesmiddel bij verschillende DBC-zorgproducten kan worden ingezet, zou dit kunnen leiden tot kosteninhomogeniteit van één of meerdere DBC-zorgproducten waarbij dit middel wordt voorgeschreven. Om in dergelijke situaties negatieve gevolgen van kosteninhomogeniteit te voorkomen is - in afwijking van de hoofdregel - voor bepaalde geneesmiddelen, welke voldoen aan de hierna te noemen criteria, een aparte declaratietitel gecreëerd: een overig zorgproduct voor een stollingsfactor.

Lid 1 onderdeel c onder ii: De gebruikte hoeveelheid is de hoeveelheid die nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te kunnen toedienen bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(n). De gebruikte hoeveelheid is niet per definitie gelijk aan de verpakkingseenheid (bijvoorbeeld wanneer een verpakking voor meerdere patiënten gebruikt wordt; pooling).

Lid 1 onderdeel d: Als alternatief voor de reguliere verpleegdag worden er overige trajecten vastgesteld die naast een DBC-zorgproduct kunnen worden gedeclareerd.

Lid 4 onderdeel a: Tot 2015 zijn de prestaties kaakchirurgie onderverdeeld in de volgende vijf tariefgroepen:

- (I) Consultatie;
- (II) Verrichtingen;
- (III) Diagnostische en niet-operatieve ingrepen;
- (IV) Kostenvergoedingen;
- (V) Inlichtingen en rapporten .

Per 2015 zijn de vijf tariefgroepen omgezet in negen medisch inhoudelijke nieuwe productgroepen. In de onderstaande figuur zijn de negen productgroepen te zien, en eveneens de herkomst vanuit de vijf tariefgroepen:

1. Consultatie - *Tariefgroep I en V*
2. Diagnostiek en niet-chirurgische prestaties - *Tariefgroep III*
3. Dentoalveolaire chirurgie - *Tariefgroep II*
4. Kaakgewrichtspathologie - *Tariefgroep II*
5. Preprothetische chirurgie - *Tariefgroep II*
6. Traumatologie - *Tariefgroep II*
7. Oncologie/reconstructie - *Tariefgroep II*
8. Chirurgie - *Tariefgroep II*
 - Harde weefsels/Orthognathie
 - Weke delen
 - Speekselklierchirurgie
 - Aangezichts- en cosmetische chirurgie
9. Kostenvergoedingen - *Tariefgroep IV*

Kenmerk
BR/CU-2147

Pagina
25 van 28

Lid 4 onderdeel b: In de beleidsregel 'Bijzondere tandheelkunde instellingen' zijn de prestatiecodes 199800, 198801 en 1998802 weergegeven als respectievelijk X731, X611 en X631.

Artikel 8

De invoering van integrale tarieven per 2015 heeft geleid tot aanpassing van de tot dan toe geldende definitie van 'onderlinge dienstverlening'. De reikwijdte van het begrip onderlinge dienstverlener is ruimer geworden, onder andere omdat het tot 1 januari 2015 bestaande zelfstandig declaratierecht van de vrijgevestigd medisch specialist niet meer bestaat. Zorg geleverd door een vrijgevestigd medisch specialist ten behoeve van een zorgverlener valt per 2015 onder de definitie van onderlinge dienstverlening. Met onderlinge dienstverlening is het voor zorgaanbieders mogelijk om zelf te kiezen voor een vorm van vergoeding voor over en weer verleende diensten en geleverde prestaties.

Artikel 9

Zie voor procedure om DBC-structuur te wijzigen de aanvraagprocedure beschreven in de beleidsregel 'Toetsingskader beoordeling DBC-productstructuur'.

Artikel 10

Als criterium voor het afgeven van een add-on geneesmiddel gold tot 1 januari 2015 dat de combinatie van de stofnaam, toedieningsvorm en indicatie gemiddeld meer moet kosten dan €10.000 per patiënt per jaar. Dit beleid leidde echter tot knelpunten voor de toegankelijkheid (risico op onderbehandeling), macrobetaalbaarheid, transparantie en administratieve lasten.

Om te bepalen welke geneesmiddelen een add-on worden, verzoekt de NZa met ingang van 1 november 2014 vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars een advies te geven over een aanvraag tot opname of verwijdering van een stofnaam en/of indicatie van de add-on lijst. De kostendrempel van €10.000 is komen te vervallen.

Tot 31 december 2015 kunnen zorgaanbieders een aanvraag voor een stollingsfactor indienen bij het ministerie van VWS, directie GMT. Vanaf 1 januari 2016 kan een stollingsfactor wijzigingsaanvraag bij de NZa worden ingediend. Om te bepalen welke geneesmiddelen een stollingsfactor worden, verzoekt de NZa met ingang van 1 januari 2016 vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars een advies

te geven over een aanvraag tot opname of verwijdering van een productnaam van de stollingsfactorenlijst.

Kenmerk
BR/CU-2147

Pagina
26 van 28

Lid 1: De add-on geneesmiddelenlijst en de stollingsfactorenlijst komen tot stand door het besluit van de NZa om:

1. naar aanleiding van aanvragen van zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) combinaties van stofnamen en indicaties of productnamen van stollingsfactoren op te nemen, of
2. naar aanleiding van aanvragen van zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) combinaties van stofnamen en indicaties of productnamen van stollingsfactoren te verwijderen, of
3. ambtshalve combinaties van stofnamen en indicaties of productnamen van stollingsfactoren op te nemen of te verwijderen.

Een aanvraag kan worden ingediend voor het opnemen of verwijderen van een geregistreerde combinatie van stofnaam en indicatie of voor een geregistreerde productnaam van een stollingsfactor.

Lid 3: Vanaf het moment dat er een positieve opinie is afgegeven door de Committee for medicinal products for human use (CHMP) kan ook een add-on geneesmiddel of een stollingsfactor voor een nog te registeren geneesmiddel worden aangevraagd.

De NZa betreft een gezamenlijk advies van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Actiz en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Lid 4: De formulieren kunt u vinden op de website van de NZa (zie <http://www.nza.nl/regelgeving/formulieren/>).

Lid 5: Indien nog geen handelsvergunning is afgegeven, dient het bewijs van positieve opinie te worden ingediend. Echter, voor het nemen van een besluit dient de aanvraag compleet, dus inclusief bewijs van registratie, te zijn ingediend bij de NZa. Dit bewijs moet in dat geval als nazending worden toegezonden bij de eerdere aanvraag.

Lid 6 t/m 15: Genoemd advies en zienswijze dient als motivatie van het besluit dat de NZa moet nemen over opname of verwijdering van een add-on geneesmiddel of stollingsfactor en de ingangsdatum daarvan. Het advies moet voldoende onderbouwd zijn op basis van objectieve en verifieerbare bronnen.

Artikel 10a

Lid 4 en 5: In de add-on aanvraagprocedure tot opname van een geneesmiddel op de add-on lijst bestond tot en met 2015 een onderscheid tussen aanvragen voor nieuwe en aanvragen voor bestaande (reeds langer dan een jaar geregistreerde) combinaties van stofnaam en indicatie(s). Voor wat betreft de aanvragen voor bestaande combinaties van stofnaam en indicatie(s) heeft de praktijk inmiddels uitgewezen dat de tijd te krap is en de door de NZa te plegen werkzaamheden te complex en te omvangrijk zijn om vóór de deadline van de eerstvolgende release-vaststelling de juiste gegevens te achterhalen en op basis van die gegevens te hebben onderzocht hoe de tarieven van de relevante DBC-zorgproducten neerwaarts moeten worden bijgesteld. Vanwege de disproportioneel grote hoeveelheid werkzaamheden, die in een (te) krappe periode moeten worden verricht, heeft de NZa besloten dit beleidsonderdeel niet langer te continueren. In plaats hiervan zal de NZa de gereguleerde DBC-tarieven (A-segment) reactief aanpassen. Dat houdt in dat de betreffende DBC-tarieven op een later moment, dus als de add-on prestatie en bijbehorend tarief reeds

van kracht zijn, op basis van historische kostprijzen zullen worden bijgesteld/verlaagd. De procedure voor bestaande (reeds langer dan een jaar geregistreerde) combinaties van stofnaam en indicatie(s) wordt met ingang van 2016 dus gelijkgesteld aan de add-on aanvraagprocedure voor nieuwe combinaties van stofnaam en indicatie(s). In verband met overgangsprikelen is in lid 5 voorzien in een overgangsbepaling.

Kenmerk
BR/CU-2147
Pagina
27 van 28

Artikel 11

De NZa maakt in deze beleidsregel onderscheid tussen het vrije segment en gereguleerde segment waar respectievelijk vrije en maximumtarieven voor gelden.

Artikel 12

Lid 1 en 2: Het integrale tarief 2015 is een optelsom van het kostentarief 2014 en het honorariumtarief 2014, inclusief indexatie. De totstandkoming van de tarieven 2016 volgens het NZa kostprijsmodel is beschreven in bijlage 1, die integraal onderdeel uitmaakt van deze beleidsregel.

De tarieven voor kaakchirurgie zijn per 2016 geïndexeerd. Deze tarieven zijn in 2015 herijkt op basis van een kostprijsonderzoek. Dit onderzoek wordt in bijlage 1 beschreven.

De doorlooptijdverkortings die per 2015 is doorgevoerd, is voor 2016 niet opnieuw berekend. De methode waarop de doorlooptijdverkortings is gebaseerd, wordt toegelicht in bijlage 1.

Artikel 13

Evenals instellingen zijn ook solisten gerechtigd een integraal tarief voor DBC-zorgproducten en overige zorgproducten bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening te brengen.

Lid 1: In de Regeling 'Medisch specialistische zorg' staan de voorwaarden genoemd waaraan solisten moeten voldoen om daadwerkelijk een integraal tarief voor geleverde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening te brengen.

Bijlagen

Kenmerk
BR/CU-2147

Bijlage 1 Totstandkoming tarieven

Pagina
28 van 28

Deze bijlage is als losse bijlage (pdf) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van de totstandkoming van de integrale tarieven 2016.