



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Mevrouw drs. E.I. Schippers  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
ESTD/djon/TSZ

**Telefoonnummer**  
030 29 68 938

**E-mailadres**  
vragencure@nza.nl

**Kenmerk**  
0120585/0170482

**Onderwerp**  
Vrije prijzen eerstelijnsdiagnostiek

**Datum**  
3 april 2015

Mevrouw de Minister,

In het bestuurlijk overleg Hoofdlijnenakkoord van 25 september jl. heeft het ministerie van VWS de Nederlands Zorgautoriteit (NZa) verzocht om na te gaan welke gereguleerde zorg binnen de medisch specialistische zorg in aanmerking komt voor overheveling naar het vrije segment.

Uitbreiding van het vrije segment geeft veldpartijen meer ruimte om het zorgaanbod af te stemmen op de lokale behoefte, het vergemakkelijkt de implementatie van innovatie, maakt beloning voor bovengemiddelde kwaliteit mogelijk en verlaagt de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Voordelen waarmee niet in de laatste plaats het consumentenbelang gediend is.

Niet iedere sector is geschikt voor invoering van vrije prijzen. De marktcondities moeten aan een aantal randvoorwaarden voldoen die borgen dat voldoende marktdynamiek kan plaatsvinden. Samen met veldpartijen hebben wij verschillende vormen van zorg verkend in het licht van deze randvoorwaarden.

Op basis van deze verkenning adviseren wij u om de tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek per 2016 vrij te geven. Daarnaast stellen we voor om gelijktijdig met de vrije prijzen een facultatieve prestatie voor de eerstelijnsdiagnostiek in te voeren. Hieronder lichten wij dit advies nader toe

#### **Verkenning uitbreiding vrije segment**

De NZa heeft naar aanleiding van het verzoek uit het bestuurlijk overleg Hoofdlijnenakkoord gesprekken gevoerd met verschillende partijen<sup>1</sup> over het vrij geven van prijzen voor bepaalde vormen van zorg.

---

<sup>1</sup> NVZ, NFU, ZN, ZKN, RN

In deze gesprekken (en in eerdere adviezen<sup>2</sup>) heeft de NZa twee belangrijke randvoorwaarden voor de overheveling naar het vrije segment benoemd:

**Kenmerk**  
0120585/0170482

**Pagina**  
2 van 8

1. Voldoende marktdynamiek. De inkooprol van zorgverzekeraars wordt voldoende ingevuld, er zijn voldoende aanbieders en er is geen sprake van verkoopmacht.
2. Stabiele productstructuur/voldoende informatie beschikbaar voor alle marktpartijen

Bovenstaande partijen hebben aangegeven dat dit inderdaad de belangrijkste randvoorwaarden zijn voor een eventuele overheveling naar het vrije segment. Op verzoek van de NZa heeft de NVZ vormen van zorg aangedragen die, wat hen betreft, op korte termijn overgeheveld kunnen worden naar het vrije segment. Het betreft de volgende vier vormen van zorg:

- Kindergeneeskunde
- Kaakchirurgie
- Revalidatiegeneeskunde
- Eerstelijnsdiagnostiek

Deze vier vormen van zorg zijn met eerder genoemde veldpartijen geëvalueerd aan de hand van bovengenoemde criteria. Hieronder worden kort de bevindingen uit deze besprekingen weergegeven.

#### *Kindergeneeskunde*

Kindergeneeskunde is een heterogeen specialisme, verdeeld over meerdere productgroepen. Het onderscheid tussen algemene en topreferente kindergeneeskunde is daarbij van groot belang. Per 2013 is de productstructuur voor kindergeneeskunde fundamenteel gewijzigd om de medische herkenbaarheid van topreferente kindergeneeskunde te vergroten. Echter, of deze productstructuur in de praktijk leidt tot herkenbare profielen en kostprijzen is onvoldoende inzichtelijk voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa. Bovendien is voor de topreferente kindergeneeskunde niet duidelijk of sprake is van voldoende marktdynamiek, daar het aantal aanbieders voor deze vormen van kindergeneeskunde beperkt kan zijn.

Partijen vinden 2016 daarom te vroeg om kindergeneeskunde over te hevelen naar het vrije segment. Wanneer het benodigde inzicht in de profielen beschikbaar is en duidelijk is dat de marktdynamiek voor de meer specialistische vormen van kindergeneeskunde aanwezig is, dan kan bijvoorbeeld voor 2017 alsnog overwogen worden kindergeneeskunde over te hevelen naar het vrije segment.

<sup>2</sup> Onder andere: 'Advies Eerstelijnsdiagnostiek', december 2011 ([http://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies\\_eerstelijnsdiagnostiek.pdf](http://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_eerstelijnsdiagnostiek.pdf)); 'Invulling 70% B-segment', april 2011 (<http://www.nza.nl/95826/99842/141268/brief-NZa-aan-VWS-Invulling-70procent-B-segment.pdf>); Advies DBC-Onderhoud inzake uitbreiding B-segment 2012, april 2011 ([http://www.nza.nl/95826/99842/141268/Advies\\_DBC-Onderhoud\\_inzake\\_uitbreiding\\_B-segment\\_2012.pdf](http://www.nza.nl/95826/99842/141268/Advies_DBC-Onderhoud_inzake_uitbreiding_B-segment_2012.pdf))

### *Kaakchirurgie*

Ook de productstructuur voor kaakchirurgie is op dit moment nog niet stabiel genoeg om in aanmerking te komen voor overheveling naar het vrije segment. Per 2015 is de productstructuur en regelgeving voor kaakchirurgie vereenvoudigd en passend gemaakt voor de invoering van integrale tarieven. Hier komt nog bij dat voor een deel van de kaakchirurgie, bijvoorbeeld de hoofd-hals oncologie, geldt dat er sprake is van topreferente zorg waarvoor er een beperkt aantal aanbieders aanwezig is. Tot slot moet bij de kaakchirurgie rekening gehouden worden met de raakvlakken met de mondzorg. Tussen de mondzorg en de kaakchirurgie bestaat een bepaalde mate van overlap in prestaties. Voor beide vormen van zorg gelden nu maximum tarieven. Het vrijgeven van de tarieven voor kaakchirurgie kan leiden tot ongewenste prikkels en strategisch declaratiegedrag.

**Kenmerk**  
0120585/0170482

**Pagina**  
3 van 8

### *Revalidatiegeneeskunde*

Aan de huidige productstructuur kan nog niet voldoende inzicht ontleend worden ten aanzien van de inhoud van de geleverde zorg. Immers, deze productstructuur bestaat voornamelijk uit een tijdschrijfsysteem. Om die reden wordt binnen de medisch specialistische revalidatiezorg momenteel gewerkt aan een nieuwe productstructuur. Zolang deze nieuwe structuur er nog niet is, is het niet verstandig om deze zorg over te hevelen naar het vrije segment.

Wel wordt er in het algemeen voldaan aan de vereiste van voldoende aanbieders in de revalidatiezorg omdat bijna alle ziekenhuizen (poliklinische) revalidatie aanbieden. Daarnaast zijn er 20 zelfstandige revalidatiecentra, goed verspreid over het land. Klinische revalidatie wordt enkel in deze revalidatiecentra aangeboden, waardoor de concurrentie minder is dan bij de poliklinische revalidatie. Dit geldt in het bijzonder voor revalidatiezorg bij patiënten met hoge dwarslaesie en ademhalingsondersteuning.

### *Eerstelijnsdiagnostiek<sup>3</sup>*

Uit de gesprekken met veldpartijen is naar voren gekomen dat eerstelijnsdiagnostiek een goede kandidaat is om overgeheveld te worden naar het vrije segment. Binnen de eerstelijnsdiagnostiek is sprake van een groot aantal aanbieders. Daarnaast is de productstructuur al jaren stabiel en wordt deze als (vrijwel) geheel dekkend gezien. Hiermee is er voldoende informatie beschikbaar voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te kunnen onderhandelen over eerstelijnsdiagnostiek. Eerstelijnsdiagnostiek is vrijwel geheel verzekerde zorg en daarnaast is de contracteergraad hoog. De mogelijkheden voor zorgaanbieders om buiten de verzekeraar om een hoog tarief bij de patiënt in rekening te brengen welke vervolgens niet volledig wordt vergoed zijn hierdoor zeer beperkt.

---

<sup>3</sup> Alle diagnostiek aangevraagd door de eerstelijns (vooral huisartsen en verloskundigen) maar uitgevoerd door tweedelijns zorgaanbieders (ziekenhuizen, huisartsenlaboratoria, ZBC's). Waar er in dit advies gesproken wordt over eerstelijnsdiagnostiek worden alle specifieke vormen van eerstelijnsdiagnostiek bedoeld. Het gaat om de groepen Klinisch chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek, Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek, Pathologie, Prenatale screening en Trombosemeting.

**Recente ontwikkelingen eerstelijnsdiagnostiek**

Eerstelijnsdiagnostiek vormt een essentieel onderdeel van de curatieve zorg. Veel medisch besluitvorming wordt beïnvloed door eerstelijnsdiagnostiek en een goede organisatie van deze functie draagt in grote mate bij aan doelmatige en patiëntgericht zorg.

**Kenmerk**  
0120585/0170482

**Pagina**  
4 van 8

In het NZa advies 'Eerstelijnsdiagnostiek' van december 2011 hebben wij verschillende knelpunten benoemd en maatregelen voorgesteld om de functie van eerstelijnsdiagnostiek te versterken. In uw voorhangbrief (en de daarop volgende aanwijzing<sup>4</sup>) van 6 maart 2013 heeft u ons de opdracht gegeven een aantal van deze maatregelen door te voeren. De belangrijkste hiervan zijn:

- Per 1-1-2013 is de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek ingevoerd waarmee het functiegebied beter is afgekaderd. Dit heeft zorgverzekeraars in staat gesteld om beleid te formuleren op de inkoop van eerstelijnsdiagnostiek waardoor marktpartijen betere afspraken kunnen maken.
- Per 1-1-2014 zijn de huisartsenlaboratoria (ook wel Eerstelijns Diagnostische Centra, EDC's, genoemd) overgegaan op prestatiebekostiging. Alle aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek worden hierdoor op eenzelfde manier bekostigd waardoor een *level playing field* is ontstaan.

Ook de bekostiging van de huisartsenzorg is recentelijk gewijzigd waardoor huisartsen en zorgverzekeraars meer ruimte hebben gekregen om afspraken te maken over de doelmatige inzet van eerstelijnsdiagnostiek.

**Toekomstige ontwikkeling eerstelijnsdiagnostiek**

De hier bovengenoemde ontwikkelingen van de afgelopen jaren hebben gezorgd voor een nieuwe dynamiek in de markt voor eerstelijnsdiagnostiek.

In een recent verschenen advies van KPMG Plexus<sup>5</sup> worden verschillende maatregelen voorgesteld voor de verder ontwikkeling van de markt voor eerstelijnsdiagnostiek. Als eerste stappen worden onder andere de volgend maatregelen voorgesteld:

*Invoeren van vrije prijzen*

Het vrijgeven van de tarieven van de eerstelijnsdiagnostiek kan bijdragen aan de versterking van de functie van eerstelijnsdiagnostiek. De sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars worden vergroot, het vergemakkelijkt implementatie van innovatie op productniveau en schept mogelijkheden om kwaliteit te belonen. Daarnaast dalen de administratieve lasten voor zorgaanbieders door het vervallen van de verplichte kostprijsaanlevering die de NZa gebruikt bij het herijken van de tarieven.

<sup>4</sup> Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 16 juli 2013, kenmerk 128996-106225-MC, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake invoering prestatiebekostiging eerstelijnsdiagnostiek

<sup>5</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/06/25/nieuwe-bekostiging-eerstelijnsdiagnostiek.html>

*Clusteren van bestaande prestaties naar klachten*

Daarnaast adviseert KPMG Plexus om de bestaande prestaties voor laboratorium onderzoek te clusteren naar klachten conform het LESA<sup>6</sup> formulier. Hiermee ontstaat een beperkt aantal integrale producten georiënteerd op de zorgvraag van de patiënt. De productstructuur wordt hiermee overzichtelijker waardoor de transactiekosten worden verlaagd. Prestaties worden op zorgvraagniveau vergelijkbaar waardoor praktijkvariatie meer transparant wordt en zorgverzekeraars beter in staat zijn om te sturen op doelmatigheid.

**Kenmerk**  
0120585/0170482

**Pagina**  
5 van 8

Het ministerie van VWS heeft eind 2014 een aantal bijeenkomsten georganiseerd waarin het rapport van KPMG Plexus besproken is. Hoewel het rapport niet op alle punten op instemming van partijen kon rekenen, werd het voorstel om zorgproducten te clusteren goed ontvangen.

**Korte en lange termijn perspectief**

Het clusteren van de bestaande verrichting tot integrale zorgproducten is een majeure stap die nadere uitwerking vergt en niet voor 2016 te realiseren is. Wij adviseren tot het invoeren van vrije prijzen en de facultatieve prestatie per 2016 als een tussenstap in de hier boven geschetste doorontwikkeling van de productstructuur.

De facultatieve prestatie biedt veldpartijen de mogelijkheid om zelf (geclusterde) prestaties te formuleren en overeen te komen. Een aanvraag van een facultatieve prestatie kan worden ingediend door minimaal één aanbieder en één zorgverzekeraar. De NZa voert een marginale toets uit op de aanvraag<sup>7</sup> en voegt na goedkeuring de facultatieve prestatie toe op de prestatiebeschikking. Vanaf dat moment kunnen ook andere aanbieders de prestatie leveren, op voorwaarde van een overeenkomst met een zorgverzekeraar. Indien veldpartijen geen afspraken maken over de facultatieve prestatie kan worden teruggevallen op de reguliere prestaties. Het toevoegen van een facultatieve prestatie kan de NZa op eigen bevoegdheid doen indien de geldende tariefsoort ook op de facultatieve prestatie wordt toegepast.

De invoering van een facultatieve prestatie sluit ook goed aan op uw voornemen om zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer vrijheid te geven over datgene waarover zij zelf afspraken maken, zoals verwoord in uw brief 'Kwaliteit loont' van 6 februari 2015<sup>8</sup>:

*'Daarnaast zal het kabinet zorgverzekeraars en zorgaanbieders veel meer vrijheid geven over datgene waarover zij zelf afspraken maken (prestatieomschrijvingen). Om te zorgen dat veelbelovende innovaties en nieuwe initiatieven gericht op kwaliteit en doelmatigheid sneller kunnen worden ingevoerd, wil het kabinet toestaan dat zorgaanbieders en verzekeraars zelf afspraken maken over zorgprestaties.'*

<sup>6</sup> De LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak) is gebaseerd op een NHG-Standaard en een richtlijn van de betrokken andere eerstelijnsorganisatie. Bijlage 2 van de beleidsregel ELD bevat de LESA standaard en een koppeling met de huidige OZP-declaratie codes.

<sup>7</sup> De aangevraagde facultatieve prestatie wordt getoetst aan de reikwijdte van de beleidsregel en het verzekerde pakket. In het geval van een clustering van bestaande prestaties zal deze beoordeling per definitie positief zijn.

<sup>8</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2015/02/06/kamerbrief-over-verbeteren-kwaliteit-en-betalbaarheid-zorg.html>

Met de introductie van een facultatieve prestatie krijgen partijen de ruimte om de zorgprestaties op een hoger (integraal) niveau te omschrijven en overeen te komen. Partijen kunnen daarbij de timing van het implementatietraject zelf bepalen. Partijen zouden er bijvoorbeeld voor kunnen kiezen om al op korte termijn de meest voor de hand liggende prestaties te clusteren om hiermee ervaring op te doen en vervolgens het aantal geclusterde prestatie stapsgewijs uit te breiden.

**Kenmerk**  
0120585/0170482

**Pagina**  
6 van 8

De facultatieve prestatie maakt de prestatielijst flexibeler en meer toekomstbestendig. Voor introductie van een nieuwe (integrale) prestatie zijn partijen minder afhankelijk van de regelgevende instanties omdat geen uitgebreid afstemmingproces doorlopen hoeft te worden. Hierdoor kunnen veelbelovende innovaties sneller worden doorgevoerd.

De door veldpartijen aangevraagde (clusteringen van) prestaties, en de ervaringen van partijen met deze nieuwe prestaties, kunnen zeer waardevolle input zijn voor de langere termijn herziening van de productstructuur van eerstelijnsdiagnostiek.

#### **Reacties veldpartijen op conceptadvies**

Wij hebben een conceptversie van dit advies voorgelegd aan de leden van onze Adviescommissie Cure. De ontvangen reacties waren wisselend positief en negatief. De NVZ, de NFU en ZKN onderschrijven het advies en zijn voorstander van het invoeren van vrije tarieven en een facultatieve prestatie met ingang van 1 januari 2016. Vanuit ZN is aangegeven dat de individuele zorgverzekeraars geen eenduidige mening hebben ten aanzien van de invoering van vrije tarieven en de facultatieve prestatie. Ook de SAN en InEen (koepels van huisartsenlaboratoria) hebben in hun reactie bezwaren aangedragen. Hieronder worden de genoemde bezwaren weergegeven.

#### *Invoeren van vrije prijzen per 2016 zou te vroeg komen*

Hoewel een aantal grote zorgverzekeraars voorstander is van het invoeren van vrije prijzen en een facultatieve prestatie, zijn er ook een aantal zorgverzekeraars die aangeven dat het invoeren van vrije prijzen per 2016 te vroeg komt. Het inkoopbeleid van deze zorgverzekeraars voor 2016 is al (bijna) gereed en hierin is niet voorzien in het vrijgeven van de tarieven voor de eerstelijnsdiagnostiek en het invoeren van een facultatieve prestatie.

De NZa erkent dat het tijdsfad richting 2016 krap is. Om de tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek vrij te kunnen geven per 1 januari 2016 zal de NZa uiterlijk 1 juni 2015 een aanwijzing daartoe moeten hebben ontvangen. Rekening houdend met de termijn die geldt voor het informeren van de kamers der Staten-Generaal over het voornemen daartoe (de voorhangprocedure) zal dan begin mei, dus vóór de daadwerkelijke onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars starten, duidelijk zijn of invoering van vrije prijzen per 1 januari 2016 aan de orde is.

Bovendien ontstaat met de introductie van vrije prijzen en een facultatieve prestatie meer ruimte zonder dat er beperkingen worden opgelegd. Wij verwachten dat de uitvoeringsproblemen door het krappe tijdsfad daarom beperkt zullen zijn.

Indien het zorgverzekeraars niet lukt om het inkoopbeleid op tijd aan te passen, kunnen partijen er voor kiezen de tarieven 2015 (met indexatie) als uitgangspunt te nemen bij de prijsonderhandelingen.

Kenmerk  
0120585/0170482

Pagina  
7 van 8

*Invoering vrije tarieven zou interfereren met brede discussie over de positionering van eerstelijnsdiagnostiek*

De SAN en InEen hebben aangegeven dat het introduceren van vrije prijzen kan interfereren met de discussie over de positionering van (eerstelijns) diagnostiek binnen de curatieve zorg. Partijen vinden het van belang dat de discussie hierover eerst wordt afgerond voordat verdere stappen worden genomen in de prestatie- en tariefregulering.

De NZa erkent het belang van een duidelijke positionering van de eerstelijnsdiagnostiek binnen de curatieve zorg. Wij denken echter dat het invoeren van vrije prijzen en een facultatieve prestatie niet interfereert met dit proces. Het invoeren van vrije tarieven maakt de positionering van eerstelijnsdiagnostiek niet minder relevant.

Ideeën en voorstellen die uit de positioneringsdiscussie naar boven komen, kunnen door de ruimere mogelijkheden eerder (al dan niet op beperkte schaal) in praktijk worden gebracht. De ervaringen die hiermee worden opgedaan kunnen vervolgens weer input zijn voor deze discussie. De invoering van vrije prijzen en een facultatieve prestatie kan de discussie over de positionering en de doorontwikkeling van de productstructuur voor eerstelijnsdiagnostiek dus eerder bevorderen.

*De markt zou nog niet voldoende in balans zijn*

De SAN en InEen hebben verder aangegeven dat de eerstelijnsdiagnostiek op dit moment nog niet klaar is voor het invoeren van vrije prijzen. Zorgverzekeraars kopen, volgens deze aanbieders, voornamelijk in op prijs en niet op kwaliteit. Daarnaast geven aanbieders aan dat er op dit moment onvoldoende sprake is van machtsverhouding tussen aanbieders en zorgverzekeraars.

Wij vinden het belangrijk dat zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg oog hebben voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Gezien het feit dat de tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek tot 2014 jarenlang niet zijn herijkt, lijkt enige nadruk op de prijs (betaalbaarheid) niet onlogisch. Ook het kwaliteitsaspect in de onderhandelingen zal vanuit veldpartijen vormgegeven moeten worden. Maximum tarieven of vrije prijzen spelen daar geen rol in.

Ook verwachten wij niet dat het invoeren van vrije prijzen invloed heeft op de machtsverhouding tussen aanbieder en verzekeraar of de wijze waarop de door aanbieders veronderstelde onevenwichtigheid zich vertaalt in de contracten. Het invoeren van vrije prijzen en een facultatieve prestatie geeft partijen echter wel ruimte om te belonen voor (extra) kwaliteit en om te investeren in innovatie zorgconcepten of contractafspraken.

*Facultatieve prestatie zou zorgen voor chaotische situaties in het declaratieverkeer*

Een aantal zorgverzekeraars geven aan dat met de invoering van een facultatieve prestatie er chaotische situaties kunnen ontstaan doordat de directe vergelijkbaarheid van het declaratieverkeer wordt verminderd.



Wij verwachten niet dat dit soort situaties zich voor zullen doen, aangezien een facultatieve prestatie alleen gebruikt kan worden als daar een overeenkomst tussen een aanbieder en een zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. Zorgverzekeraars houden hierdoor uiteindelijk zelf in de hand welke prestaties gecontracteerd (en dus gedeclareerd) worden. Ook hier geldt dat de facultatieve prestatie een extra mogelijkheid schept zonder beperkend te zijn.

**Kenmerk**  
0120585/0170482

**Pagina**  
8 van 8

### **Conclusie**

De sector eerstelijnsdiagnostiek is een sector in beweging. Het vrijgeven van de tarieven voor deze zorg kan de ontwikkelingen binnen deze sector versterken. Door de overheveling naar het vrije segment ontstaat meer ruimte voor innovatie, het belonen van kwaliteit en het geeft, in combinatie met de facultatieve prestatie, partijen de mogelijkheid om zelf afspraken te maken over de geleverde zorgprestaties.

De door veldpartijen opgedane ervaring met de nieuwe prestaties kan de doorontwikkeling van de productstructuur voor de eerstelijnsdiagnostiek versnellen en vergroot de draagkracht vanuit het veld voor deze aanpassingen.

Uit onze consultatie bij de leden van de Adviescommissie Cure kwamen een aantal bezwaren tegen de invoering van vrije tarieven en de facultatieve prestatie naar voren. Deze bezwaren hebben wij hierboven opgenomen en voorzien van een reactie.

Wij hebben de genoemde bezwaren meegenomen in onze afweging en adviseren u toch om de tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek per 2016 vrij te geven. Om deze wijziging van tariefsoort mogelijk te maken hebben wij van u een aanwijzing nodig. Uiterlijk 1 juli 2015 stellen wij de beleidsregels 2016 vast. Als de tarieven eerstelijnsdiagnostiek per 2016 vrijgegeven worden, dan moeten we uiterlijk 1 juni 2015 de hiervoor benodigde aanwijzing ontvangen hebben.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.A. Ruys  
voorzitter Raad van Bestuur a.i.