Zorginkoopbeleid

Medisch specialistische zorg

2021

OHRA Direct geregeld

nationale nederlanden

Versie	Datum publicatie	Toevoeging/wijziging	Pagina	Reden
1.1	09-07-2020	Verwijderen van de ‘d’ achter Advanced.	11	Er staat Advanced Care Planning, maar we bedoelen Advance care planning wat betekent de zorg vooruit plannen.
	09-07-2020	Paragraaf 3.8.5.: Vermelding Longkanker Nederland weggehaald en sterkere benadrukking opstarten via pilotregio’s	20	Onjuiste en incomplete informatie
	09-07-2020	Datum 1 juli 2020 aangepast naar 1 augustus 2020	20	Vanwege latere landelijke aanlevering van kwaliteitsdata door ziekenhuizen
1.2	06-08-2021	Bijlage 5 Volumespeerpunten 2021	34	Aanvullend besluit VWS overheveling vanuit BKZ en hieruit voortvloeiend besluit Totale Parenterale Voeding (TPV) en Gaucher onder te brengen in categorie 3.
	06-08-2021	Categorie 3	38	Toevoeging Totale Parenterale Voeding (TPV) en Gaucher onder te brengen in categorie 3.

Inhoudsopgave

Voorwoord 4
1 Managementsamenvatting 6
1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2021 6
1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2021 6
1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst 7
2 Visie van CZ groep op de medisch specialistische zorg 8
3 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria 11
3.1 Regionale samenwerking 11
3.2 Contractvormen 12
3.3 Voorwaarden voor een contract 12
3.4 Transitiemiddelen 13
3.5 Innovatie en e-health 13
3.6 Dure geneesmiddelen 16
3.7 Gepast gebruik 17
3.8 Kwaliteit van zorg 17
3.9 Toegang tot de zorg 20
3.10 Kosten van de zorg 21
3.11 Eerstelijnsdiagnostiek (ELD) 22
3.12 Revalidatie, trombosediensten, audiologische centra en ambulancezorg 23
3.13 Buitenland 24
3.14 Levensbeschouwing 24
4 Proces contractering 2020 25
4.1 Tijdpad 25
4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod 26
4.3 Bereikbaarheid 26
5 Betrokkenheid van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid 27
5.1 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid 27
5.2 Specifiek beleid medisch specialistische zorg 27

Bijlage 1 Behandelingen die zijn uitgesloten van vergoeding 28
Bijlage 2 Voorwaarden voor een contract 2021 30
Bijlage 3 Transitiemiddelen 32
Bijlage 4 Declaratie- en controleaspecten 33
Bijlage 5 Volumespeerpunten 2021 34

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- of regelgeving kunnen tot gevolg hebben dat de inhoud van dit document moet worden aangepast. Als er onverhoopt een andere reden voor aanpassing zou zijn, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. Deze aanpassingen zullen zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden.

CZ groep denkt mee over de toekomst van de zorg. Dat doen we door in onze zorginkoop aan te sluiten bij de regionale zorgbehoeften. Met inwoners, zorgverleners en andere betrokken partijen werken we samen aan betere en betaalbare zorg in de regio. In een aantal regio's experimenteren we met nieuwe organisatievormen om dat zo effectief mogelijk te doen. Zie hiervoor **www.cz.nl/regie-regio**. In deze experimenteerregio's worden afspraken gemaakt die kunnen afwijken van de afspraken voor de reguliere zorginkoop.

Voorwoord

CZ groep wil dat iedere verzekerde toegang heeft tot zorg van goede kwaliteit. Tegelijkertijd willen we de zorgkosten voor de maatschappij beheersbaar houden. Dat is een flinke opgave! Bovendien staat de zorg voor grote uitdagingen, zoals arbeidstekorten, een snelle toename van multimorbiditeit en druk op de financiële middelen.

Daarom stimuleert CZ groep zorgaanbieders om hun zorg continu te verbeteren. Ontwikkelingen als data science, procesinnovatie en zelfmonitoring kunnen waardevol zijn voor onze verzekerden. Daarom zoeken we steeds meer de verbinding met zorgaanbieders. Dat doen we onder meer via onze zorgvisie, waarin we met het concept van Duurzame Coalities andere manieren van samenwerking onderzoeken – naast de traditionele zorginkoop.

Succesvolle innovaties en mooie resultaten vertaalt CZ groep naar landelijke inkoopvoorwaarden voor alle zorgaanbieders waarmee wij een contract afsluiten. Zo krijgen al onze verzekerden steeds betere en klantgerichtere zorg. In ons zorginkoopbeleid voor 2021 vindt u de actuele contractvoorwaarden.

'Verantwoord en Dichtbij' blijft ook dit jaar onze denkrichting voor het zorginkoopbeleid. Daarbij leggen we de lat voor alle zorgaanbieders weer nét iets hoger. Zo blijft de zorg voor iedereen toegankelijk én van goede kwaliteit.

In het zorginkoopbeleid voor de medisch specialistische zorg voor 2021 hebben we nadrukkelijk aandacht voor toenemende wachttijden. Wij zetten in op een actieve monitoring, gericht onderzoek naar de oorzaken van te lange wachttijden en het gezamenlijk opstellen van verbeterplannen. Onnodige instroom in het ziekenhuis en een vertraagde uitstroom na behandeling doen het wachtlijstprobleem geen goed. Daarom pakken wij de toegankelijkheid van de zorg ook op regionaal niveau aan.

Verder blijft CZ groep zich inzetten voor nóg betere oncologische zorg. Essentiële ingrediënten hierbij zijn onder meer de niet-vrijblijvende samenwerking in netwerken en de concentratie van kritieke onderdelen van het zorgpad in expertziekenhuizen. Het Egidius Zorgconcept ondersteunt en stimuleert deze ontwikkeling en voor 2021 passen we dit naast prostaatkanker ook toe voor meerdere tumorsoorten.

Natuurlijk hebben wij ook oog voor de noodzakelijke kostenbeheersing. We willen de zorgkosten binnen de afgesproken landelijke kaders houden. Dat doen we onder meer door bewezen e-health-toepassingen breed op te schalen, door variatie in Gepast Gebruik transparant te maken en verschillen te verkleinen, en door nóg effectiever om te gaan met de kosten van dure geneesmiddelen.

Het zijn allemaal onderwerpen waar wij met ons zorginkoopbeleid 2021 invulling aan geven. Door regionaal samen te blijven werken aan nieuwe ontwikkelingen, verbeteren we de zorg steeds weer. Wij dagen u uit om samen met ons de zorg nóg beter te maken.

Rien Pijnenburg
Manager medisch specialistische zorg

Hoofdstuk 1

Managementsamenvatting

1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2021

CZ groep zet zich volledig in voor toekomstbestendige zorg. Dat doen we vanwege tekorten aan medisch en verpleegkundig personeel, een toenemende zorgvraag, oplopende wachttijden en de alsmaar stijgende kosten. Ingrijpende veranderingen zijn nodig om deze ontwikkelingen het hoofd te bieden; de Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Dit kunnen we het beste realiseren in afstemming met regionale zorgverleners.

Huisartsen moeten verder in staat gesteld worden om hun patiënten langer in de eerste lijn te houden. Gepast gebruik is noodzakelijk om ruimte te creëren vanwege teruglopende financiële kaders. Data-gedreven technologie, zoals e-health, big data en artificial intelligence, kan bestaande zorg vervangen en zelfmonitoring door de patiënt in de thuissituatie mogelijk maken. Bewezen technieken moeten vervolgens in versneld tempo opgeschaald worden. Regionale afspraken tussen zorgverleners over vervolgzorg moeten er ten slotte voor zorgen dat patiënten de benodigde zorg tijdig ontvangen.

CZ groep blijft zich hard maken voor nóg betere oncologische zorg. Denk hierbij aan deelname binnen oncologische netwerken, de concentratie van kritieke onderdelen van het zorgpad binnen expertziekenhuizen en het kort cyclisch uitwisselen van kwaliteitsinformatie binnen en over netwerken heen. Deze ontwikkelingen dragen direct bij aan betere zorg. Het schaarse gespecialiseerde personeel wordt hierdoor ook efficiënter ingezet. We voeren actief beleid voor onder andere prostaatkanker, maag- en slokdarmkanker en sinds 2020 ook voor nier- en blaaskanker. Hierbij speelt het Egidius Zorgconcept dat we ontwikkeld hebben een belangrijke rol; het maakt deze verandering samen met zorgaanbieders en professionals mogelijk.

De financiële kaders waarbinnen de zorg geleverd moet worden, nemen snel af. Stijgende kosten van dure geneesmiddelen, volumegroei binnen de revalidatiesector en reguliere zorg binnen de ziekenhuismuren: het moet allemaal betaald worden uit het beschikbare Budgettair Kader Zorg. Daarom richten we ons voor 2021 op een optimale afweging tussen toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van de zorg, passend binnen de kaders van het Hoofdlijnenakkoord (HLA).

1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2021

CZ groep gaat verder op de ingeslagen weg van de afgelopen jaren. In de uitvoering van ons beleid brengen we verdere accenten en samenhang aan. De veranderingen ten opzichte van 2020 zijn:

- het expliciet monitoren van lokale en regionale wachttijden en het initiëren van verbeterplannen bij structurele problematiek;
- de voorgenomen verbreding van de inzet van Egidius Zorgconcepten voor maag- en slokdarmkanker;
- de introductie van nacalculatie op basis van ‘shared risk en shared responsibility’ bij de vergoeding van dure geneesmiddelen;
- de vooraankondiging van de waarschijnlijke overheveling van de immunoglobulinen van extramuraal naar intramuraal in bijlage 5 (en de hieruit voortvloeiende opname in categorie 3);
- het hanteren van een standaard- en voorkeurscontract en een lijst van maximumtarieven voor eerstelijnsdiagnostiek;
- het creëren van een apart deelplafond voor tinnitus bij audiologische zorg.

1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

De contractvoorwaarden vindt u in paragraaf 3.3, hoofdstuk 4 en bijlage 2. Deze zijn inhoudelijk niet gewijzigd ten opzichte van 2020 met uitzondering van één punt: mogelijk treedt per 2021 de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking. Deze concept-wet ligt ter besluitvorming voor bij de Eerste Kamer. Als de wet wordt aangenomen, moet de zorgaanbieder in plaats van een toelating WTZi voldoen aan de bepalingen van de Wtza. Hieruit moet blijken dat hij de aangeboden zorg mag bieden en aantoonbaar voldoet aan de voorwaarden.

Hoofdstuk 2

Visie van CZ groep op de medisch specialistische zorg

Verantwoord Dichtbij

De ontwikkelingen in de zorg zijn voor iedereen duidelijk: we zien een toenemende zorgvraag, die complexer van aard is, met meer multimorbiditeit. Het aantal kwetsbare ouderen met verschillende zorg- en ondersteuningsbehoeften neemt toe. Daarnaast ontstaan ook nieuwe behandeltechnieken en doorbraken in de behandeling van kanker via nieuwe medicijnen. Dat alles brengt hoge kosten met zich mee. Tegelijkertijd is er sprake van een groeiende schaarste aan medisch, verpleegkundig en verzorgend personeel. Hierdoor nemen de wachttijden toe en komt de toegang tot de zorg onder druk te staan. Daarom hebben partijen in hoofdlijnenakkoorden concrete afspraken gemaakt over onderwerpen die een betere toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid nastreven.

De zorg moet de komende jaren veranderen om antwoord te kunnen geven op bovenstaande ontwikkelingen. Daarbij zorgt niet één remedie maar een samenspel van oplossingen voor kwalitatief betere, beschikbare en betaalbare zorg. Welke interventie het meest wenselijk is, moet per zorgvraag bekeken worden. Dat zal de ene keer dicht bij huis zijn, laagdrempelig en mogelijk voorzien van digitale moderne hulpmiddelen. En een andere keer verder weg vanwege de complexe specifieke deskundigheid die nodig is en die niet overal voorhanden is. Of zorg dichtbij of verder weg aangeboden moet worden, is dan ook een continue afweging tussen verantwoord (kwaliteit en kosten) en dichtbij (toegankelijkheid).

Toekomstbestendige zorg

Veranderingen in de zorg kunnen het beste regionaal worden vormgegeven. Daarbij is een goede samenwerking tussen meerdere zorgaanbieders noodzakelijk vanwege de toename van het aantal (meervoudige) zorgvragen. Het ziekenhuis kan hierbij als belangrijke spil en drijvende kracht fungeren. De volgende onderdelen zijn cruciaal voor een effectieve regionale aanpak.

Versterking van de eerste lijn

Het aantal patiënten in het ziekenhuis neemt fors toe. Daarom is het wenselijk om aanvullende mogelijkheden te onderzoeken om doorverwijzing naar de tweede lijn te voorkomen. Huisartsen moeten ondersteund worden om patiënten zo lang mogelijk in de eerste lijn te houden. Laagdrempelige consultatie met de specialist kan zorgen voor een juistere diagnosestelling en behandeloptie, met een doorverwijzing naar het ziekenhuis als een specialistische interventie nodig is. De zorg voor kwetsbare ouderen verdient speciale aandacht. Door vroegsignalering en Advance Care Planning toe te passen, functioneert de zorgketen beter en neemt de druk op de SEH af.

Stimuleren gepast gebruik in het ziekenhuis

Bepaalde behandelingen leveren geen bijdrage aan iemands herstel. Daarover komt steeds meer medische informatie beschikbaar. Hetzelfde geldt voor sommige vormen van diagnostiek. Toch worden deze behandelingen nog steeds uitgevoerd. Wij vinden dat zorg die bewezen onvoldoende toevoegt achterwege moet blijven. Zeker gezien de betaalbaarheid van de zorg (die onder druk staat) en de lastige keuzes die, ook binnen de muren van ziekenhuizen, gemaakt moeten worden om de zorg betaalbaar te houden en de middelen te verdelen.

Digitalisering en verplaatsing van zorg naar huis

De bestaande zorg in ziekenhuizen kan vervangen worden door de patiënt digitale oplossingen voor zelfzorg aan te reiken. Deze kunnen flink bijdragen om de krapte op het gebied van financiën en personeel op te lossen. Momenteel wordt volop geëxperimenteerd met initiatieven die de patiënt in staat stellen om zelf de regie te nemen over zijn aandoening. Hierdoor wordt een fysiek bezoek of zelfs een behandeling in een ziekenhuis overbodig. Als specifieke medisch specialistische kennis noodzakelijk blijkt, moet deze ook beschikbaar blijven voor de patiënt. De volgende stap moet zijn om bewezen initiatieven goed op te schalen om zodoende ook echt het verschil te maken.

Vervolgzorg na behandeling
De laatste belangrijke stap in een optimale zorgketen is de organisatie van de vervolgzorg na een behandeling in het ziekenhuis. Dit kan reguliere wijkverpleging zijn, maar ook (poli)klinische revalidatie of eerstelijnsopvang. Door 24/7 inzicht te hebben in de beschikbare capaciteit van alle regionale zorgaanbieders, kunnen regionale coördinatiepunten een belangrijke rol vervullen bij het tijdig realiseren van de juiste vervolgzorg. Uiteraard is het daarbij belangrijk dat er voldoende capaciteit en zorginhoudelijke deskundigheid beschikbaar is. Transparantie, begrip voor elkaars rol en mogelijkheden, en concrete samenwerkingsafspraken tussen regionale partijen zijn daarbij cruciaal.

In de regio's waar CZ groep een groot marktaandeel heeft, spannen wij ons in om bovenstaande ontwikkelingen te stimuleren en de regionale samenwerking tussen partijen aan te moedigen. Via (meerjarige) zorginkoopafspraken en duurzame coalities met zorgaanbieders willen wij deze omslag mede ondersteunen en faciliteren. Hiervoor kunnen transitiegelden worden ingezet. In hoofdstuk 3 lichten we de voorwaarden hiervoor toe.

Duurzame Coalitie: wat verstaan we hieronder?
Het toekomstbestendig maken van de zorg vormt een grote uitdaging. Door stijgende zorgkosten, toenemende vergrijzing en een verwacht tekort aan zorgverlenend personeel neemt de druk op de zorg toe. Daarbij zorgen administratieve lasten ervoor dat het werkplezier van zorgprofessionals afneemt. We zien dat technologie nog maar mondjesmaat zijn weg vindt naar de zorg en dat patiënten tegelijkertijd andere verwachtingen krijgen van de zorgverlening. Dit zijn uitdagingen die geen enkele partij alléén kan oplossen. Door samen te werken, kunnen we impactvolle veranderingen teweegbrengen in behandel- en bedrijfsprocessen die helpen om de zorg toekomstbestendig te maken.

Om dit vorm te kunnen geven, willen we met instellingen in ons kernwerkgebied samenwerken aan gezamenlijke doelstellingen die de zorg toekomstbestendig maken. Dit doen we op basis van een gemeenschappelijke toekomstvisie en in de vorm van Duurzame Coalities. Dat betekent ook dat we als zorgverzekeraar een andere rol oppakken: samen met de instelling proactief vaststellen waar ruimte voor verbetering zit en mede de verantwoordelijkheid nemen om dat resultaat ook te bereiken. Dat betekent gebruikmaken van elkaars kennis en informatie, en van elkaar leren. Om de benodigde innovaties te kunnen faciliteren, gaan we een meerjarige overeenkomst aan, zonder productieprikkels.

Expertzorg: 'dichtbij als het kan, verder weg als het moet'

De ontwikkelingen in de oncologische zorg gaan snel. Enerzijds krijgen steeds meer mensen te maken met kanker, anderzijds zijn er steeds meer nieuwe, veelbelovende behandelvormen. Deze ontwikkelingen gaan zó snel dat verandering van het zorgaanbod nodig is om optimale zorg te kunnen blijven bieden. CZ groep ziet verschillende oplossingen om betere uitkomsten van zorg te bereiken:

- niet-vrijblijvende samenwerking binnen een oncologisch netwerk;
- concentratie van kritieke onderdelen van het zorgpad bij expertcentra;
- een regionaal multidisciplinair overleg;
- kortcyclische uitwisselingen van medische uitkomsten.

Daarom hebben wij Stichting Egidius Zorgconcepten opgericht om deze ontwikkelingen te stimuleren en te faciliteren.

In nauwe samenwerking met de patiëntenverenigingen maken we ons sterk voor verdere veranderingen van het zorgaanbod. Voor deze oncologische aandoeningen zetten we concrete stappen voor betere zorg:

- Prostaatkanker
- Maag- en slokdarmkanker
- Blaas- en nierkanker
- Sarcomen

Naar andere tumorsoorten vindt nader verkennend onderzoek plaats. Daarnaast streven we naar een verdere centralisatie van de moleculaire diagnostiek in expertcentra. In hoofdstuk 3 gaan wij verder in op deze aandoeningen.

Naast het kwaliteitskader voor complexe zorg zetten wij ook onze selectieve zorginkoop voort voor diverse aandoeningen. Ook hiermee blijven wij de inzet van de best presterende zorgverleners stimuleren.

Gepersonaliseerde zorg

De kwaliteit van de zorg kan flink toenemen door deze beter af te stemmen op de persoonlijke biologische kenmerken van de patiënt. Ook over- en onderbehan-

deling komen dan minder vaak voor. Gecombineerd met Samen Beslissen, waarbij de eigen wensen en behoeften van de patiënt nadrukkelijk een rol spelen, moet dit leiden tot de inzet van de behandeling die voor hem het meest succesvol is.

Beslissingsondersteunende systemen (Decision Support Systems) die uit big data bruikbare informatie halen, dragen bij aan de beste behandelkeuze voor een bepaalde patiënt. Ook met aanvullende diagnostiek-systemen (Advanced Diagnostics) is beter te voorspellen of een behandeling aanslaat. Door deze informatie met de patiënt in de behandelkamer te delen, kan hij een afgewogen keuze maken voor de behandeloptie die voor hem het beste is.

Wij verwachten veel van deze nieuwe ontwikkelingen. Via (langjarige) zorginkoopafspraken willen wij ziekenhuizen stimuleren om concreet met deze nieuwe systemen te gaan werken. In het volgende hoofdstuk gaan wij hier verder op in.

Regie in de regio

Sommige regio's waarin wij een groot marktaandeel hebben, zitten in een specifieke situatie die vraagt om een gerichte regionale afstemming van het sectorale zorginkoopbeleid. Regio's verschillen van elkaar in zorgvraag en zorgaanbod. Soms zijn de uitdagingen om de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief van goed niveau te houden daardoor zó groot, dat we alleen effectief beleid kunnen voeren vanuit een gedeelde regionale visie tussen de zorgverzekeraar, de (georganiseerde) zorgvragers en de zorgaanbieders. Deze integrale aanpak noemen we 'regie in de regio'. Deze aanpak sluit aan bij het thema 'Verantwoord en Dichtbij' in ons zorginkoopbeleid 2021. De regie in de regio blijft niet beperkt tot de zorg (Zvw en Wlz). Deze kent verschillende gradaties en strekt zich waar nodig ook uit tot het sociale domein of zelfs daarbuiten. In deze situatie krijgt de rol van de zorginkoop het karakter van co-makership. Co-makership in de regio veronderstelt dat de betrokken partners collectief verantwoordelijkheid nemen voor de regionale opgave. Om de gezondheidszorg duurzaam te maken, brengen de partners hun belangen zo veel mogelijk gezamenlijk op één lijn, ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid. Het sectorale zorginkoopbeleid faciliteert dit co-makership, onder meer door het beleid van de meest relevante sectoren onderling af te stemmen in de regio. Maar ook door waar nodig regionaal maatwerk te leveren. In de Mijnstreek in Zuid-Limburg, in Zeeland en in West-Brabant gaan we al een stap verder met regie in de regio.

Hoofdstuk 3

Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

Ook in 2021 zetten we ons weer in voor de contractering van kwalitatief goede, betaalbare en tijdige zorg. Ons beleid van de afgelopen jaren zetten we voort en scherpen we op onderdelen verder aan. Door bepaalde zorg niet meer of anders te doen, creëren we ruimte om nieuwe en veranderende zorgvragen in te vullen. Onverklaarbare verschillen in behandelintensiteit en prijsniveau corrigeren we in de zorginkoopafspraken. We doen ons uiterste best om deze afspraken vóór 1 november gereed te hebben. Daarbij rekenen wij uiteraard op uw medewerking.

3.1 Regionale samenwerking

Toekomstbestendige zorg kan niet zonder een goede regionale samenwerking. Tussen zorgaanbieders onderling én samen met (een vertegenwoordiging van) zorgvragers, gemeenten en zorgverzekeraars. CZ groep zet zich hier actief voor in. Hieronder vindt u enkele aandachtsgebieden waarbij nadere stappen gezet kunnen en moeten worden.

3.1.1 Ouderenzorg

In 2017 hebben we onze beleidsvisie **'Ouderenzorg nu en in de toekomst'** gepubliceerd. Daarin lag de nadruk op de samenhang in de regionale zorgketen. Het doel: een optimale samenwerking creëren tussen de verschillende sectoren, zodat een effectieve zorgketen voor (kwetsbare) ouderen zou ontstaan. Nadien hebben we een verdiepingsslag gemaakt, waarbij we **beschrijven** hoe deze samenwerkingsafspraken eruit zouden moeten zien.

Het komend jaar willen we ons richten op specifieke aspecten uit onze visie. Deze hebben betrekking op:

- de realisatie van een *regionaal coördinatiepunt* dat 24/7 inzicht heeft in de beschikbare bedden in de regio. Zo kunnen zij ondersteuning naar de juiste zorg bieden, zodat de verwijzer zo simpel mogelijk de overdracht kan regelen. Ziekenhuizen kunnen hier ook gebruik van maken als een oudere patiënt ontslagen kan worden en nog vervolgzorg nodig heeft.
- gesprekken over *vroegsignalering*, zodat in de regio in beeld is welke ouderen kwetsbaar zijn. Vervolgens kan het beleid hierop worden afgestemd om hier op te anticiperen. Hierdoor zouden minder ouderen op de SEH terecht moeten komen.
- *Advance Care Planning*, waarbij in de keten afspraken gemaakt worden over hoe en door welke zorgaanbieder tijdig heldere afspraken gemaakt worden met de ouderen en hun familie over de wensen wanneer de zorg steeds zwaarder wordt. Dit is een belangrijk onderdeel om complexe of zelfs crisissituaties te voorkomen.

Per regio zijn de prioriteiten verschillend. Dit is afhankelijk van de gesignaleerde knelpunten en de initiatieven die al door de regio zijn ondernomen. Ziekenhuizen spelen een belangrijke rol in deze regionale samenwerking. Door een goed functionerende zorgketen neemt de druk op de SEH door kwetsbare ouderen af en krijgen patiënten na hun behandeling tijdig de vervolgzorg die ze nodig hebben.

3.1.2 Toestroom naar het ziekenhuis

Door de toenemende vergrijzing en multidisciplinaire zorgvragen neemt de druk op de gezondheidszorg toe. Patiënten zijn niet altijd beter af in het ziekenhuis. Vroegsignalering helpt om bij plots toenemende problematiek bij kwetsbare ouderen niet te hoeven doorverwijzen naar de SEH. Mocht een bezoek aan de SEH toch nodig zijn, dan helpt adequate triage in combinatie met beschikbare alternatieven om de patiënt niet op te nemen in het ziekenhuis. Hierdoor krijgt de patiënt de zorg die hij nodig heeft én besparen we zorgkosten. In diverse regio's willen wij hier het komend jaar verdere concrete stappen in zetten.

Doorverwijzingen naar het ziekenhuis kunnen ook voorkomen worden als de huisarts op een laagdrempelige manier de medisch specialist kan raadplegen. Wij monitoren de inzet van meekijkconsulten en stimuleren achterblijvende regio's om hier meer gebruik van te maken. Daarnaast bekijken we het gebruik van een digitaal platform waarop de huisarts bepaalde casuïstiek geanonimiseerd kan voorleggen en zodoende kennis met concrete behandelopties kan krijgen om de patiënt in de eerste lijn te behandelen.

3.1.3 Vervolgzorg na behandeling

De problematiek van het verkeerde bed in het ziekenhuis neemt steeds verder toe. Dit levert medisch inhoudelijke en financiële zorgen op. CZ groep wil de komende tijd zicht krijgen op deze lokale problematiek. Wat is de omvang? Wat zijn de oorzaken? En hoe kunnen deze opgelost worden? Regionaal commitment van alle zorgaanbieders is hierbij noodzakelijk. Daarbij moet het ziekenhuis oog hebben voor de problematiek van de VVT-aanbieders. Patiënten moeten immers niet ontslagen worden wanneer vervolgzorg niet beschikbaar is of wanneer de complexiteit van de zorg te groot is om deze buiten het ziekenhuis te leveren. Om goed zicht te krijgen op de verkeerde-bed-problematiek, moet het ziekenhuis een adequate productregistratie bijhouden. Dit wil zeggen: een registratie van de OVP (code 190038) bij verdere zorg uit de Zvw of de OVP (code 190031) voor vervolgzorg uit de Wlz. In onze overleggen met de ziekenhuizen vragen wij hier aandacht voor.

Ook in het recent gepubliceerde **Kwaliteitskader Spoedzorgketen** van het Zorginstituut Nederland zijn aanbevelingen en bestaande en nieuwe normen opgenomen voor de verschillende stappen in de spoedzorgketen: melding, triage, zorgcoördinatie, diagnostiek, behandeling, coördinatie en uitstroom. Dit kader geldt als de landelijke norm voor de spoedzorgketen en alle partijen die daar onderdeel van zijn, moeten nu het definitieve kwaliteitskader implementeren en naleven.

3.1.4 Geboortezorg

CZ groep blijft ook de integrale geboortezorg stimuleren. We wachten de resultaten af van het RIVM en de NZa over de experimenten met integrale bekostiging. In de tussentijd onderzoeken we in 2020 en 2021 mogelijkheden om de samenwerking binnen VSV's (verloskundige samenwerkingsverbanden) op andere manieren te stimuleren. Meer informatie hierover vindt u in ons **zorginkoopbeleid Geboortezorg 2021**.

3.2 Contractvormen

CZ groep hanteert verschillende contractvormen. Afhankelijk van ons marktaandeel in een regio is onze inbreng groter of kleiner.

- Bij een klein marktaandeel volgen we in beginsel de marktleiders in hun beleid voor de Juiste Zorg Op de Juiste Plek en passen we zo veel mogelijk congruentie toe.
- Bij een groot marktaandeel zetten we in op meerjarenafspraken voor de facilitering van toekomstbestendige zorg. Daarbij onderscheiden we de volgende situaties, afhankelijk van de overeen te komen verandering:
  - meerjarenafspraken zonder transitiemiddelen: volgens de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord (HLA) met weinig concrete veranderingen voor toekomstbestendige zorg;
  - meerjarenafspraken met transitiemiddelen: volgens de afspraken uit het HLA met concrete veranderingen voor toekomstbestendige zorg;
  - Duurzame Coalitie (zie tekstkader in hoofdstuk 2): langdurige, toekomstbestendige afspraken die nog meer gericht zijn op systeemveranderingen met mogelijke gevolgen voor de hele regionale zorg;
  - Een contract voor één jaar als bovenstaande afspraken niet gemaakt kunnen worden.

3.3 Voorwaarden voor een contract

Bij het aangaan van een overeenkomst maken we onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Een bestaande zorgaanbieder heeft in 2020 een overeenkomst (medisch specialistische zorg) met ons, op basis waarvan hij zorg bij ons heeft gedeclareerd. Zorgaanbieders die in 2020 geen overeenkomst (medisch specialistische zorg) met ons hebben, beschouwen wij als nieuwe aanbieders.

Uitgangspunt is dat we de overeenkomst met bestaande zorgaanbieders in 2021 willen voortzetten. Bepalend hierbij is dat de overeenkomst niet in de loop van 2020 is beëindigd én dat we voor 2021 overeenstemming bereiken over de inhoud van het contract. Iedere zorgaanbieder die voor een overeenkomst in aanmerking wil komen, moet voldoen aan bepaalde eisen. Deze vindt u in bijlage 2.

3.4 Transitiemiddelen

Het huidige zorgaanbod moet in de toekomst anders worden vormgegeven. De processen om dit te bereiken, faciliteren wij graag. Hiervoor kunnen we transitie-middelen inzetten. Natuurlijk willen wij daarbij graag de zekerheid dat de voorgestelde veranderingen ook het beoogde effect bereiken en structureel van aard zijn. Niet alleen voor het ziekenhuis zelf, maar ook voor de aangrenzende sectoren. Een verschuiving van zorg moet doelmatig zijn. Wij begrijpen dat grote veranderingen met kleine stapjes kunnen beginnen. Toch vinden wij het belangrijk dat de betrokken partijen er voldoende van overtuigd zijn dat de voorgenomen grotere ombuigingen er komen.

Onderdeel integrale visie met toekomstig portfolio

Initiatieven die bij ons ingediend worden, moeten dan ook voortkomen uit een realistische, integrale analyse en visie op het (toekomstige) portfolio van het ziekenhuis. Ze moeten bijdragen aan en passen binnen een volumegroei van 0% uiterlijk in 2022. Daarbij moet er onderbouwd vertrouwen zijn dat de verplaatsing van zorg per saldo geen meerkosten oplevert. Op zichzelf staande initiatieven komen niet voor honorering in aanmerking.

Verlaging (semi-)vaste kosten

De effecten van de veranderingen moeten duidelijk uitgewerkt zijn in een businesscase. Die maakt in ieder geval de reductie van de (semi-)vaste kosten inzichtelijk. Zonder een verlaging van deze kosten ontstaan er per saldo meerkosten wanneer de zorg verplaatst wordt.

Zelfstandige beoordeling

Voor de regio's waarin wij marktleider zijn, kunnen we actief betrokken worden bij de beoordeling en eventuele honorering van de voorstellen. Binnen andere regio's zijn dat de zorgverzekeraars die daar marktleider zijn. Per situatie bekijken wij het akkoord tussen het betreffende ziekenhuis en de betrokken zorgverzekeraar, zodat we kunnen beoordelen in hoeverre wij ook een afspraak willen maken. Het initiatief hiervoor laten we over aan de betreffende zorgaanbieder(s).

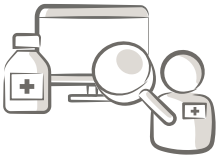
In bijlage 3 vindt u een overzicht van de inhoudelijke voorwaarden en de procedure voor de toekenning van transitiemiddelen.

3.5 Innovatie en e-health

Innovatie in de zorg is onmisbaar. Vernieuwingen hebben immers een positief effect op de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg. Wij zijn groot voorstander van deze initiatieven als antwoord op de toenemende personeelstekorten en stijgende zorgkosten. Innovatieve ideeën die een aantoonbare bijdrage leveren aan een betere kwaliteit en doelmatigheid, willen wij graag stimuleren en faciliteren.

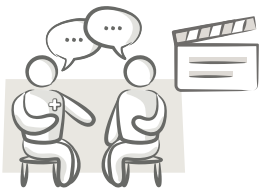
Samen beslissen
wat zijn de mogelijkheden en de wensen van de patiënt?

+



AD en DSS
wat is op basis van onderzoek de beste behandeling voor het persoonlijke profiel en situatie

=



My Best Treatment
Arts en patiënt beslissen samen welke behandeling het best past (op basis van individuele waarden (AD en DSS) en wensen (Samen Beslissen)

Samen beslissen en My Best Treatment

CZ groep wil dat artsen en patiënten samen beslissen over behandelkeuzes, zodat deze aansluiten bij de individuele situatie en wensen van de patiënt. Daarvoor hebben we twee programma's ontwikkeld: Samen Beslissen en My Best Treatment (MBT, de 'next step' in samen beslissen). Wij willen dat elk ziekenhuis binnen ons kernwerkgebied in 2020 voor ten minste zes aandoeningen Samen Beslissen succesvol heeft geïmplementeerd. In de jaren daarna willen we aanzienlijk opschalen. Eind 2024 moeten patiënten in elk ziekenhuis in ons kernwerk-gebied samen met hun zorgverlener kunnen beslissen over hun behandeling. Om deze ontwikkeling te ondersteunen, moedigen we het gebruik van (digitale) keuzehulpen aan.

In het kwaliteitsoverleg lichten we deze ambitie toe en maken we hier concrete afspraken over. Deze maken deel uit van de zorgovereenkomst, zodat we deze doelstelling eind 2024 kunnen bereiken. Ook in nieuwe meerjaren-overeenkomsten nemen we duidelijke afspraken op om Samen Beslissen verder te implementeren. Vervolgens maken we voor onze verzekerden transparant waar en op welke manier zij betrokken worden bij het kiezen van hun behandelopties.

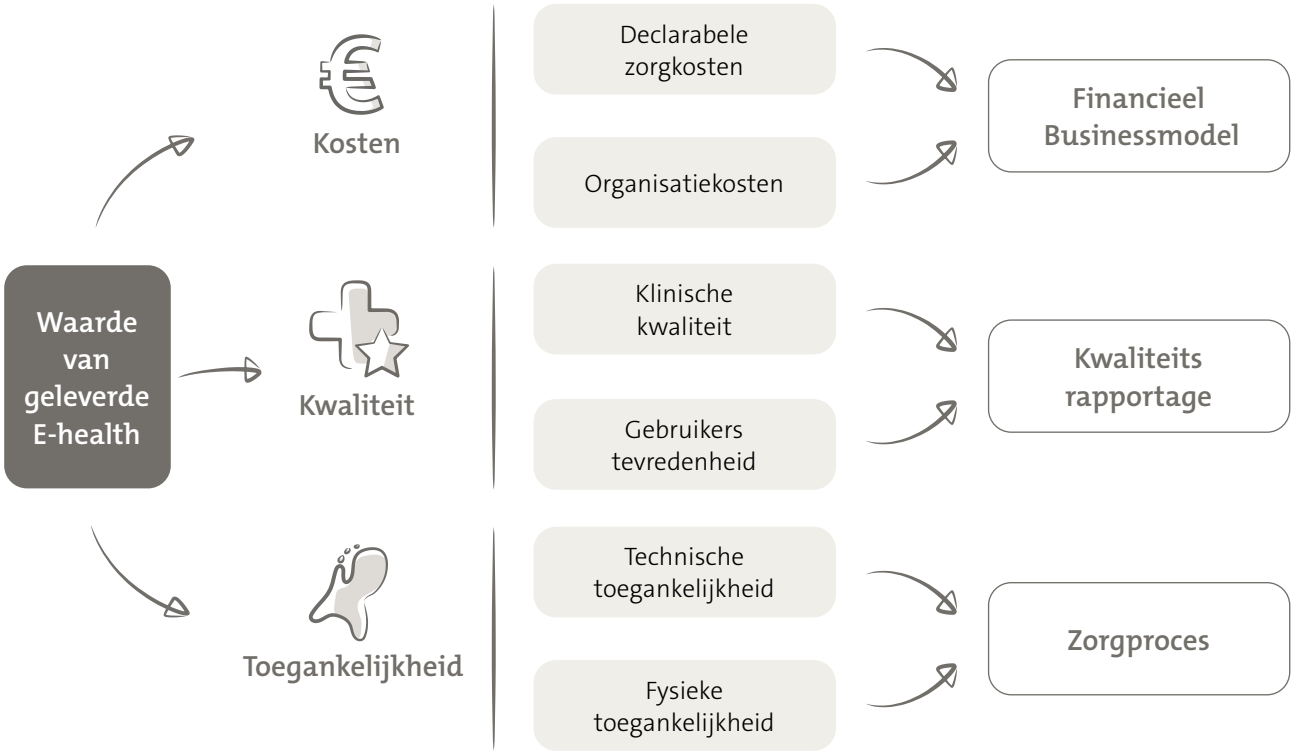
Met MBT streven we naar de best mogelijke behandeling door voorspellende technieken, digitale keuzehulpen en de actieve betrokkenheid van de patiënt te combineren.

Gepersonaliseerde zorg is de toekomst

Een belangrijke stap voor de totstandkoming van gepersonaliseerde zorg is de inzet van voorspellende technieken, de zogenoemde Advanced Diagnostics (AD's). We streven naar een toename van de inzet van AD's in het oncologische zorgpad. Ook stimuleren we de ontwikkeling en implementatie van gepersonaliseerde keuzehulp-ondersteuning. Hierbij richten we ons vooral op borsttumoren, gynaecologische tumoren, fertiliteitszorg, depressie en darmkanker. In het kwaliteitsoverleg komt de inzet van voorspellende technieken en digitale keuzehulpen expliciet aan bod.

Verder willen we onze verzekerden begeleiden naar de beste persoonsgerichte zorg. Sinds 2019 maken we informatie over de toepassing van MBT bij de behandeling van borstkanker transparant. De volgende stap is een evaluatie van deze begeleiding. Naar aanleiding hiervan willen we de begeleiding bijstellen en/of uitbreiden naar andere oncologische aandoeningen.

Waardemodel - Waardegedreven E-health



E-health

Er bestaan steeds meer nieuwe digitale mogelijkheden om gezondheidszorg te vervangen, te ondersteunen of te verbeteren. Deze kunnen een bijdrage leveren aan de Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Mogelijk kan de zorg hiermee beter, sneller en goedkoper worden. Dat is nu vaak nog niet het geval. Vaak worden bewezen toepassingen onvoldoende gebruikt of worden initiatieven ontwikkeld die te veel aanvullend zijn in plaats van vervangend. Hierdoor stijgen de kosten juist in plaats van dat ze dalen. Vanuit de transformatiemiddelen kunnen we geld inzetten dat bijdraagt aan dit veranderende zorgaanbod. Deze e-health-initiatieven moeten daarbij niet als losstaande projecten gepositioneerd worden, maar als onderdeel van een totale visie voor een andere vormgeving van de zorg.

CZ groep wil bewezen initiatieven graag structureel inbedden in de dagelijkse zorgpraktijk. Uitgangspunt hierbij is dat de e-health-toepassing structureel onderdeel moet zijn van het zorgproces én bijdraagt aan een slimmere organisatie van een kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod. Dit zijn de criteria waarop we ingediende initiatieven beoordelen:

- een onderbouwing via een *SMART businesscase* met een positief effect op de kosten, de kwaliteit en/of de toegankelijkheid;
- het gebruik van *bewezen* digitale toepassingen;
- SMART en meetbare *impact*;
- *schaalbaarheid* voor een grotere populatie (geen niche);
- bij voorkeur toepasbaarheid over een *langere periode* (dus vaak bestemd voor een chronische populatie).

Goed gebruik van e-health biedt een uitgelezen kans om de zorg dichter bij de patiënt te brengen en persoonsgerichter te maken. Tegelijkertijd neemt het beroep op de professionele zorg af, wat een positief effect heeft op de beperkte personele capaciteit.

3.6 Dure geneesmiddelen

De farmaceutische zorg binnen het medisch specialistische domein is een integraal onderdeel van de financiële afspraken in het HLA, net zoals de oncologische en acute zorg. Dit houdt in dat een stijging van de kosten voor dure geneesmiddelen opgevangen moeten worden binnen de totale uitgaven voor medisch specialistische zorg. De groei van dure geneesmiddelen bedraagt nu al ruim 1% van de totale uitgaven. Bij een landelijke groeiruimte van 0,3% in 2021 en een steeds verder toenemende zorgvraag moeten alle mogelijkheden voor een beheersing van de kosten van dure geneesmiddelen worden benut. Iedere toename van deze kosten moet immers worden inverdiend op de DBC-zorguitgaven.

Wij verwachten in 2021 een nog sterkere groei van dure geneesmiddelen. Deze trend zet naar verwachting de komende jaren door. Dit heeft een aantal oorzaken: de komende jaren verlopen er weinig impactvolle patenten, het combineren van dure (oncologische) geneesmiddelen neemt verder toe en er stromen zeer dure gentherapieën en weesmiddelen in. Daarnaast kunnen bestaande behandelingen steeds breder ingezet worden, waardoor het aantal behandelopties verruimd wordt.

Zorgaanbieders binnen de medisch specialistische zorg spelen een belangrijke rol bij het betaalbaar en toegankelijk houden van de farmaceutische zorg in de hele zorgketen. Voor 2021 hanteren we hierbij zes belangrijke speerpunten:

1 De best mogelijke zorg Verantwoord en Dichtbij
Wij willen onze verzekerden de best mogelijke behandelopties kunnen garanderen. Daarom maken wij keuzes om bepaalde geneesmiddelen wel of niet in te kopen bij een ziekenhuis. Daarvoor baseren we ons op de adviezen vanuit de commissie beoordelingen geneesmiddelen Zorgverzekeraars Nederland (cieBAG), de commissie beoordeling oncologische middelen (cieBOM) en de beroepsgroep(en). Verder moet bij het voorschrijven van geneesmiddelen adequate medisch specialistische expertise aanwezig zijn voor een optimale behandeling.

2 Doelmatige inzet waarbij samenwerkingen worden gestimuleerd
De zorgaanbieder voert een inhoudelijk geneesmiddelenbeleid bij het inkopen én voorschrijven van geneesmiddelen. Daarbij houdt hij rekening met de betaalbaarheid binnen het medisch specialistische domein en daarbuiten. Graag gaan wij met de zorgaanbieder in gesprek over dit beleid. Aan de hand van declaratiedata willen we inzage geven in onderwerpen als:
- de inzet van goedkopere behandelvarianten (zoals generieke middelen);
- spillagereductie;
- de acceptatie van biosimilars;
- dosisoptimalisatie.

3 Samen beslissen
CZ groep wil dat artsen en patiënten samen beslissen over behandelkeuzes, zodat deze aansluiten bij de individuele situatie en wensen van de patiënt. We willen de medisch professional stimuleren om de uitkomsten van verschillende geneesmiddelopties, complicaties, bijwerkingen, patiëntvoorkeuren, omstandigheden en behandelkosten bespreekbaar te maken.

4 Maximale toegankelijkheid
Wij vinden het belangrijk dat geneesmiddelenfabrikanten nieuwe geneesmiddelen blijven ontwikkelen en deze in Nederland blijven introduceren. Hierdoor houden onze verzekerden toegang tot de best mogelijke behandeling. De toegang tot geneesmiddelen staat echter onder druk door de enorm oplopende zorgkosten. CZ groep blijft zich inzetten om samen met andere partijen naar constructieve en houdbare bekostigingsmodellen te zoeken.

5 Nacalculatie op basis van shared risk tegen reële tarieven
Wij willen ervoor zorgen dat de totale zorgkosten inclusief dure geneesmiddelen binnen de afgesproken kaders van het HLA blijven. Daarom willen we verdere effectieve prikkels introduceren in de contractering. Daarbij vinden we het niet passend om afspraken te maken waarin CZ groep het volledige volumerisico draagt. Dit lijkt ons geen stimulans voor een kritische en doelmatige aanpak binnen het ziekenhuis.

Wij gaan ons inzetten om nacalculatieafspraken te maken op basis van het principe van ‘shared risk en shared responsibility’. Daarmee willen we partijen blijven uitdagen om continu efficiënt te handelen bij de inkoop en het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen.

CZ groep hanteert in 2021 een referentieprijslijst. Deze gebruiken wij als uitgangspunt om voor nacalculatie in aanmerking te komen. Uiterlijk op 1 oktober publiceren wij deze referentieprijslijst. Voor een deel van de opgenomen geneesmiddelen gelden vaste referentie-

prijzen waarbij geen afrekening op inkooptarieven plaatsvindt. Wij passen ook lineair pricing toe om geen irreële kosten aan het dossier toe te voegen. Ook in gevallen waarbij een geneesmiddelenfabrikant flatpricing toepast. Hierbij gaan wij uit van de laagste prijs per eenheid.

Door vóóraf gezamenlijk het verwachte volume overeen te komen, in combinatie met de CZ referentietarieven, ontstaat een gefundeerd uitgavenbedrag voor dure geneesmiddelen. Dit vullen we aan met afspraken over de zorgproducten. Dit moet leiden tot een totaalafspraak die past binnen de financiële kaders van het HLA.

6 Gezamenlijke inkoop

CZ groep neemt deel aan het traject 'gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen' van Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Daarnaast kopen wij samen met andere zorgverzekeraars en zorgverleners geneesmiddelen in. Deze initiatieven liggen in lijn met de leidraad over de gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen, die is opgesteld door de ACM.

3.7 Gepast gebruik

Een belangrijk onderdeel van toekomstbestendige zorg is het aanbieden van zinnige en zuinige zorg: niet meer of minder zorg dan nodig. Landelijk worden er al diverse initiatieven ontwikkeld om gepast gebruik te bevorderen. Zo heeft het Zorginstituut Nederland voor diverse aandoeningen verbetersignalementen opgesteld. De HLA-partners hebben de ambitie uitgesproken om ervoor te zorgen dat zorgevaluatie over vijf jaar integraal onderdeel van het reguliere zorgsysteem is, waarbij het onbekende wordt geëvalueerd en bewezen effectieve zorg wordt geïmplementeerd. Dit gebeurt in het kader van het programma Zorg Evaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). Uit deze ambitie vloeit voort dat diagnostische en therapeutische interventies waarvan is aangetoond dat die weinig of niets toevoegen aan de uitkomsten van de zorg achterwege worden gelaten.

Ook bij CZ groep is gepast gebruik al enkele jaren een vast onderdeel van het zorginkoopproces. We sluiten aan bij landelijke afspraken, waaronder de standpunten en verbetersignalementen van het Zorginstituut[1] en de aanbevelingen uit het ZE&GG-programma. Dit programma heeft een **implementatieagenda** vastgesteld, waarop ruim 100 onderwerpen staan die geïmplementeerd kunnen worden. Deze agenda is opgesteld door patiënten, zorgprofessionals, zorgaanbieders, de overheid én verzekeraars. Met deze HLA-partners is afgesproken om samen invulling te geven aan deze implementatieagenda. In de komende inkoopronde willen wij hier met u afspraken over maken.

Daarnaast hebben wij dashboards ontwikkeld die inzicht geven in de ongewenste behandelvariatie per zorginstelling. Door deze inzichten naar de zorginkoopafspraken te vertalen, kunnen we binnen het budget ruimte vinden voor de bekostiging van nieuwe zorgvragen. Wij verwachten van de zorgaanbieders dan ook een coöperatieve houding bij het zoeken naar oplossingen.

3.8 Kwaliteit van zorg

3.8.1 Stand van de wetenschap en praktijk

Welke medisch specialistische zorg tot het basispakket behoort, staat in de Zvw. Voor de begrenzing van het basispakket geldt onder meer het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Zorg die hier niet aan voldoet, contracteren wij niet en kan niet bij ons worden gedeclareerd. Het gaat daarbij om zorg waarvoor (nog) onvoldoende wetenschappelijk bewijs is dat deze effectief en/of veilig is (op korte of lange termijn). Het beoordelingskader hiervoor staat beschreven in het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk'[2].

In bijlage 1 zijn een aantal behandelingen opgenomen waarvan Zorginstituut Nederland heeft vastgesteld dat ze niet voldoen aan bovenstaand criterium. Deze lijst is overigens niet limitatief. Ook andere (bestaande, experimentele of innovatieve) behandelingen voldoen mogelijk niet aan het gestelde criterium.

Voorwaardelijke toelating – nieuwe regeling sinds 1 februari 2019

Sinds 1 februari 2019 is de regeling van voorwaardelijke toelating vervangen door de subsidieregeling Veelbelovende Zorg. De bekostiging van nieuwe initiatieven valt niet meer onder de Zvw. Bestaande goedgekeurde initiatieven lopen gewoon door tot de vastgestelde einddatum.

[1] www.zorginstituutnederland.nl/zoeken?trefwoord=verbetersignalement&search-submit=

[2] Zorginstituut Nederland, Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk, definitief geactualiseerde versie, januari 2015.

3.8.2 Kwaliteitsbesprekingen

Elk jaar voeren wij kwaliteitsbesprekingen met ziekenhuizen waarin wij een substantieel marktaandeel hebben. Daarbij komen vaak vele onderwerpen aan bod. Voor 2021 willen wij in ieder geval de volgende onderwerpen aan de orde stellen:

- De uitkomstindicatoren die medisch specialisten en ziekenhuizen elk jaar registreren. Wij verwachten dat ziekenhuizen deze uitkomsten zelf beoordelen en er zo nodig verbeterplannen voor maken. Graag nemen wij daar kennis van. Tegelijkertijd hanteren ook wij een dashboard waarop inzichtelijk wordt hoe een ziekenhuis scoort ten opzichte van vergelijkbare ziekenhuizen.
- De klinische en poliklinische toegangstijden per specialisme of aandoening. Bij structurele overschrijdingen van de treeknormen horen wij graag wat de achterliggende oorzaken zijn en wat het ziekenhuis doet om deze op te lossen.
- Gegevens over gepast gebruik. Ook hierbij hanteren wij onder meer dashboards waarop afwijkingen met vergelijkbare ziekenhuizen inzichtelijk zijn.
- De opschaling van Samen Beslissen en de inzet van voorspellende technieken en digitale keuzehulpen.

Verbeterafspraken over deze onderwerpen worden opgenomen in een samen overeen te komen kwaliteitsparagraaf, die wordt toegevoegd aan het contract.

3.8.3 Stichting Egidius Zorgconcepten (prostaatkanker, maag/slokdarmkanker)

In 2017 stond CZ groep aan de wieg van Stichting Egidius Zorgconcepten (kortweg: Egidius). Deze stichting wil de kwaliteit van de zorg verbeteren en praktijkvariatie verminderen door cruciale elementen in het zorgpad te concentreren. Daarbij is de inrichting van een kortcyclische kwaliteitsevaluatie cruciaal. Dit betekent dat regionale oncologische netwerken zich via Egidius met elkaar verbinden, data verzamelen, delen en een verbetercyclus inrichten. En zo met elkaar de lat steeds hoger leggen.

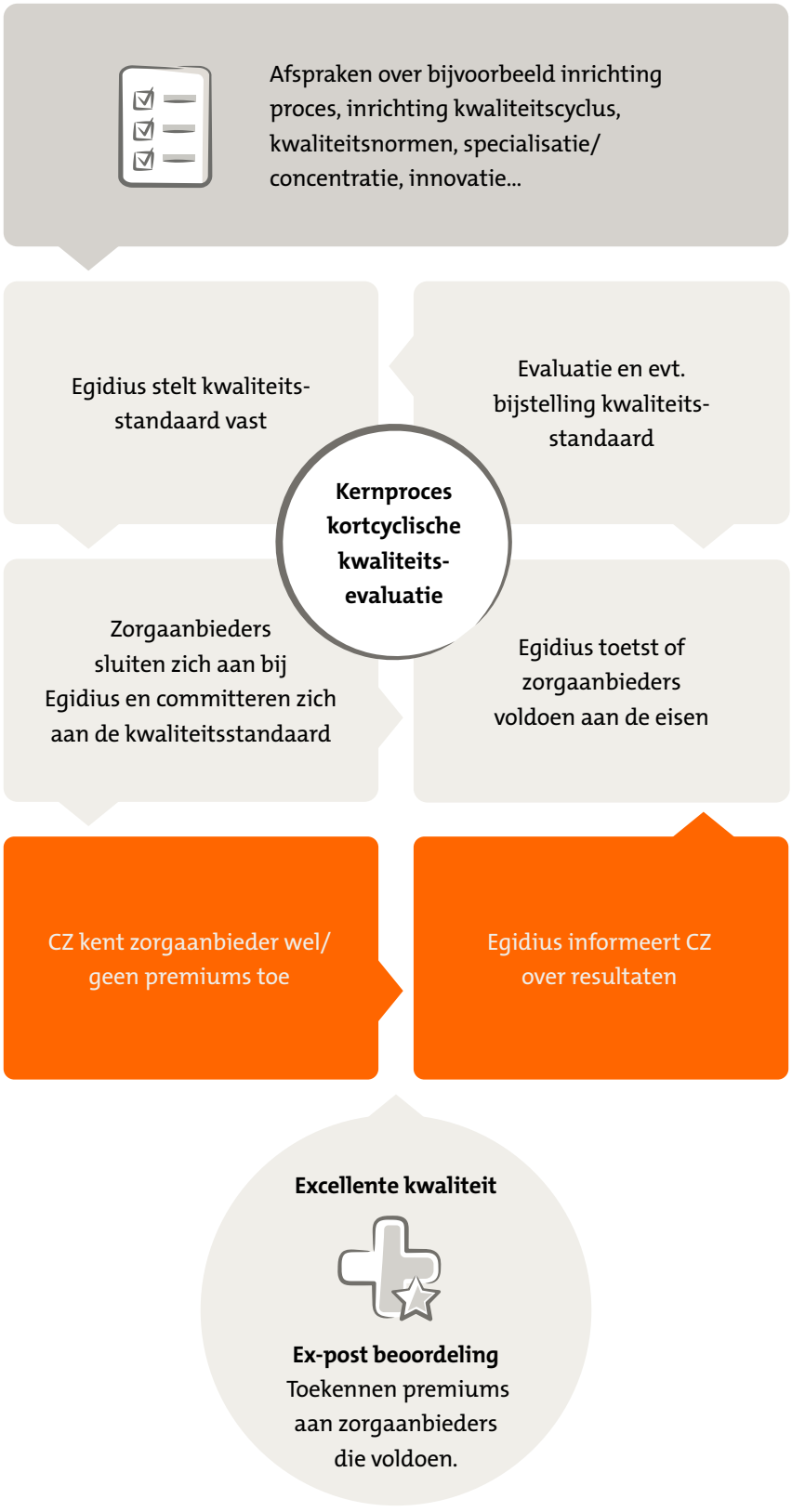
CZ groep maakt nu geen deel meer uit van het bestuur; de stichting is van en voor het veld. De stichting richt zich vooralsnog alleen op prostaatkanker, maar wij hebben de ambitie om het aantal aandoeningen uit te breiden en de stichting op te schalen. Wij denken namelijk dat Egidius een effectieve manier is om kwaliteitswinst te behalen door expertzorg te initiëren, bepaalde zorgonderdelen te concentreren en een kortcyclische kwaliteitsevaluatie te organiseren binnen en over de netwerken heen.

Voor het zorgpad prostaatkanker geldt dat zorgaanbieders zich kunnen aanmelden bij Egidius. Zorgaanbieders die aan de eisen voldoen, komen in aanmerking voor een premiumcontract. Dit beperkt zich vooralsnog tot een volumevrij contract voor prostatectomieën.

De eerste andere aandoening waarvoor we het Egidius-zorgconcept willen toepassen, is maag/slokdarmkanker. Wij vinden dat de overlevingskansen en de kwaliteit van leven van patiënten met maag- of slokdarmkanker verhoogd moeten worden. Daarnaast vinden wij dat de geboden behandelmogelijkheden onafhankelijk moeten zijn van de locatie waar de patiënt gediagnosticeerd wordt. Door Egidius in te zetten, zien wij mogelijkheden voor verdere kwaliteitswinst dankzij de inzet van regionale expert-MDO's, kortcyclische kwaliteitsevaluaties en de uitvoering van kritieke onderdelen van het zorgpad in expertziekenhuizen. Onze doelstelling is om Egidius eind 2020 uitgebreid te hebben met een bestuur voor het zorgpad maag/slokdarmkanker. Dit betekent dat zorgaanbieders hun interesse voor deelname aan Egidius nu al kenbaar kunnen maken.

Voor meer informatie verwijzen wij u graag naar de **speciale folder** op onze website.

Kernproces Stichting Egidius Zorgconcepten



* Voor een uitgebreidere schematische weergave van het Egidius Zorgconcept verwijzen wij u graag naar de speciale folder op onze **website**.

3.8.4 Nierkanker en blaaskanker

Zoals vorig jaar aangekondigd, starten wij in 2020 met ten minste één pilot op het gebied van blaas- en/of nierkankerzorg. Wij zijn met verschillende regio's in gesprek; zorgaanbieders kunnen hun belangstelling voor deelname kenbaar maken. De essentie van de pilots is het realiseren van expertzorg en regionale expert-MDO's, zodat onze verzekerden gelijke toegang hebben tot de beste zorg. Begin 2020 starten we met een pilot met het oncologische netwerk EMBRAZE op het gebied van uitgezaaide niercelcarcinoom. Alle patiënten die voldoen aan de overeengekomen criteria, worden ten minste één keer gezien in een expertziekenhuis. In een regionaal MDO wordt vervolgens het behandelplan besproken. Zij stellen vast welke behandeling waar geboden wordt. Een (gefaseerde) uitrol naar het volledige zorgpad en andere regio's is voorzien; ervaringen die we opdoen in de pilots, nemen we mee in de verdere implementatie.

3.8.5 Longkanker: centralisatie moleculaire diagnostiek

Momenteel krijgt niet elke patiënt met niet-kleincellige longkanker toegang tot moleculaire diagnostiek om genetische afwijkingen in tumorcellen te detecteren. Dat blijkt uit een verkenning binnen het zorginnovatie-programma My Best Treatment. Deze variatie in diagnostiek vinden wij niet acceptabel. Om meer patiënten toegang te bieden tot moleculaire diagnostiek, innovatie te stimuleren en kosten te reduceren, heeft CZ groep een **visie op moleculaire diagnostiek** bij oncologische aandoeningen ontwikkeld. We willen toe naar expertisecentra voor moleculaire diagnostiek voor gemetastaseerde, niet-squameuze, niet-kleincellige longkanker. Uitgangspunt is dat binnen deze expertise-centra de moleculaire diagnostiek wordt uitgevoerd en de testresultaten en behandelopties worden besproken binnen een Molecular Tumor Board (MTB). Samen met verschillende stakeholders en een beperkt aantal beoogde expertcentra werken wij momenteel deze visie verder uit. We streven ernaar om in 2021 onze visie op te starten via pilots in diverse regio's in Nederland.

3.8.6 Bariatrie

Sinds vorig jaar kopen wij de bariatrische zorg niet langer selectief in. De kwaliteit van deze zorg is in het algemeen heel goed in Nederland. Toch is er nog verbetering mogelijk in de nazorg en de uitkomsten op lange termijn. Voor 2020 hebben we op basis van onze waardegedreven zorginkoop twee voorkeursaanbieders geselecteerd. Deze scoren excellent op kwaliteit en hebben daarnaast een goede prijsstelling. Voor 2021 zetten wij ons huidige beleid voort (zie hiervoor **het visiedocument Kwaliteit van de bariatrische zorg**). Daarnaast onderzoeken we hoe de kwaliteit van de nazorg verbeterd kan worden en hoe het aantal patiënten dat langdurig deelneemt aan het nazorgtraject verhoogd kan worden. Op inhoud organiseren we daarvoor spiegelbijeenkomsten met zorgaanbieders.

3.8.7 Minimumnormen beroepsgroepen en selectieve inkoop

Minimumnormen

Voor 2021 houden wij bij onze zorginkoopafspraken rekening met de minimumnormen die de beroeps-groepen vaststellen.

Selectieve inkoop

CZ groep koopt de zorg voor een select aantal aandoe-ningen al enkele jaren in bij aanbieders die voldoen aan onze kwaliteitsvoorwaarden. Ook voor 2021 doen we dit voor borstkankerzorg, infectieprothesiologie, schisis en Mohs' micrografische chirurgie. Voor de inkoop van deze zorg stellen we voor 2021 geen aanvullende eisen. We hebben een **verantwoordingsdocument** opgesteld waarin we de keuze voor de indicatoren en de normering toelichten. Periodiek monitoren we de meest actuele data. Mogelijk voldoen ziekenhuizen dan niet langer aan onze kwaliteitsvoorwaarden. Dan contracteren we hen niet langer voor deze zorg. Als dit het geval is, stellen wij het ziekenhuis hiervan uiterlijk op 1 augustus 2020 op de hoogte.

3.9 Toegang tot de zorg

De wachttijden voor de medisch specialistische zorg zijn de afgelopen jaren steeds verder toegenomen. Dit komt door de toenemende zorgvraag, de vergrijzing en de steeds vernieuwende behandeltechnieken. Ook de tekorten aan artsen en verpleegkundigen zorgen ervoor dat het langer duurt voordat het eerste consult of de behandeling kan plaatsvinden. Dit verschilt overigens aanzienlijk per specialisme of aandoening en ook per regio. Wij doen alles wat in ons vermogen ligt om dit op te lossen en ondernemen onder meer de volgende acties om een acceptabele toegang tot de zorg te kunnen garanderen:

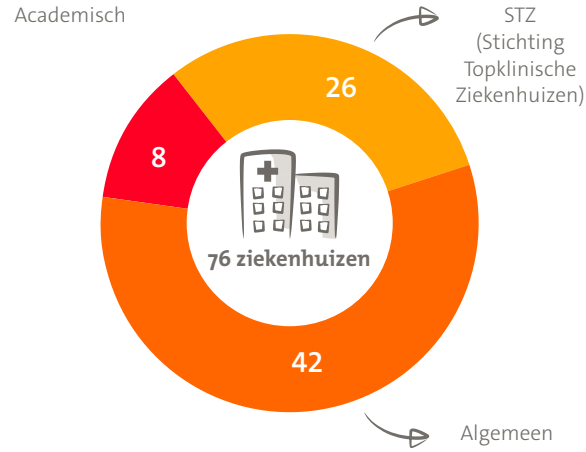
- We voeren een periodieke en actieve monitoring uit van de klinische en poliklinische wachttijden per specialisme, per zorgaanbieder en per regio.
- In kwaliteitsbesprekingen met ziekenhuizen in ons kernwerkgebied stellen wij de wachttijden aan de orde en maken hier zo nodig afspraken over.
- Bij structurele overschrijdingen onderzoeken we de achterliggende oorzaken en maken we werk van oplossingen.
- Liggen er financiële zorginkoopafspraken ten grondslag aan de problemen, dan onderzoeken wij of we deze op kunnen lossen door een vorm van 'bij-contracteren'. Daarbij vindt de beoordeling van de toegangs- en behandeltijden plaats op regionaal niveau en niet op het niveau van de individuele zorgaanbieder.
- Van zorgaanbieders verwachten wij dat zij hun wachttijdinformatie op hun website publiceren en deze actueel houden. Zo kunnen wij actie ondernemen wanneer deze tijden regionaal overschreden worden.
- CZ groep heeft een Zorgteam, dat bestaat uit adviserend verpleegkundigen. Zij kunnen verzekerden in individuele situaties helpen en bemiddelen naar een andere zorgaanbieder.

Desondanks kunnen er situaties voorkomen waarvoor geen oplossing is, bijvoorbeeld vanwege personeelstekorten. In ons kernwerkgebied stellen wij dan in samenwerking met de zorgaanbieders een verbeterplan op. Dit plan bevat de volgende onderdelen per aandoening:

- een analyse van het ontstaan van de wachttijd, gespecificeerd naar de in- en uitstroom van patiënten;
- SMART doelstellingen om de wachttijd binnen de treeknorm te brengen;
- concrete acties per doelstelling, met daarbij een tijdpad.

De inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten kan een onderdeel van een oplossing zijn. Deze vorm van taakherschikking kan immers een zinvolle bijdrage leveren aan de vermindering van de wachtlijstproblematiek. Het verbeterplan wordt waar nodig opgenomen in de onderlinge contractafspraken. Uiteraard kunnen wij dit niet alleen. Wij verwachten van zorgaanbieders alle medewerking voor het oplossen van eventuele wachttijden en het opstellen van een gedegen verbeterplan.

2020: Gecontracteerde instellingen



Landelijk BKZ MSZ 2020	circa 24 miljard
Marktaandeel CZ groep	21%
Kader CZ groep MSZ 2020	circa 5,0 miljard

Andere instellingen

ZBC/EMS	162
Revalidatie	17
Audiologie	8
Trombosedienst	19
Overig	18

3.10 Kosten van de zorg

3.10.1 Omzetplafond

Ook voor 2021 hanteren wij een omzetplafond om de kosten te beheersen. Wij vinden dat de marktprijzen een gebrekkige relatie hebben met de werkelijke kosten. Een kostenbeheersing op enkel de prijsstelling blijft daardoor erg risicovol. Daarom zetten wij de beheersing via een omzetplafond voort. Binnen het omzetplafond bestaat een grote mate van substitutie. Voor enkele zorgproducten (categorie 1 en 2) zetten wij ons beleid van de afgelopen jaren voort. Ook de invulling van categorie 3 en 5 is niet veranderd. Alle producten die niet vallen onder categorie 1, 2, 3 of 5 zijn ondergebracht in categorie 4. Voor deze producten geldt volledige substitutievrijheid binnen het overeengekomen omzetplafond. Wel gaan wij ervan uit dat dit omzetplafond passend is voor de hele zorgvraag. Wij vinden het dus niet terecht dat patiënten niet meer behandeld worden vanwege het mogelijk bereiken van dit plafond. Doet zo'n situatie zich onverhoopt tóch voor? Dan kijken wij in hoeverre er bijzondere en onvoorziene

omstandigheden waren die de afspraken onredelijk maken voor een van de partijen. Daarbij moet een causaal verband worden aangetoond tussen een hogere omzet en een toename van de werkelijke kosten. De systematiek en de inhoud van de categorie-indelingen is niet gewijzigd ten opzichte van 2020.

Categorieën volume speerpunten

1	Maximum aantal te leveren zorgproducten voor het gehele jaar (met marge van 10% per product mits passend binnen omzetplafond van categorie 1)
2	Maximum aantal te leveren zorgproducten voor het gehele jaar (met substitutievrijheid binnen omzetplafond van categorie 2)
3	Overgehevelde dure geneesmiddelen: eerste 2 jaren na te calculeren binnen voor CZ beschikbare bedrag – overschrijding substitueerbaar met de afgesproken omzet van categorie 4
4	Volledige substitutievrijheid binnen het maximum omzetplafond dat voor deze producten geldt
5	Dure, niet planbare zorg binnen UMC's: deze zorg is niet substitueerbaar met andere deelplafonds

De concrete beschrijving van de categorie-indeling en de codering van de volumespeerpunten voor categorie 1 tot en met 3 sommen we per DBC-zorgproduct op in bijlage 5. Mochten er ná de publicatie van dit zorginkoopdocument onverhoopt nog wijzigingen plaatsvinden, dan vindt u die op **www.cz.nl/zorgaanbieder**.

Voor de aandoeningen waarvoor Egidius Zorgconcepten is opgericht, zijn we bereid om separate afspraken te maken. Ziekenhuizen die zich aansluiten bij Egidius en die voldoen aan de kwaliteitscriteria, komen in aanmerking voor een volumevrij contract voor de betreffende chirurgische ingreep. Met deze ziekenhuizen maken wij hier nadere contractuele afspraken over.

Basisverzekering / Aanvullende verzekering
Het beschikbare financiële kader is alleen van toepassing op de zorg vanuit de basisverzekering. Onverzekerde zorg of zorg die wordt vergoed vanuit aanvullende verzekeringen, is niet in dit kader opgenomen en maakt dan ook geen deel uit van het omzetplafond. Natuurlijk willen we voor onze verzekerden wel prijs- en kwaliteitsafspraken maken voor die zorg.

Verzekerdenmutaties
CZ groep kiest er ook in 2021 voor om de verzekerdenmutaties op basis van de Vektis-systematiek te verwerken in de afzonderlijke plafondafspraken.
Dit is conform de landelijke besluitvorming.

3.10.2 Prijs en volume van de zorg

In het HLA zijn afspraken gemaakt om de volumegroei van de medisch specialistische zorg te beperken. Binnen de afgesproken financiële kaders moet álle zorg gecontracteerd worden: DBC-zorgproducten, overige zorgproducten en dure geneesmiddelen. Dit houdt in dat de groei van de kosten van dure geneesmiddelen opgevangen moet worden in de bekostigingsafspraken voor de hele zorg.

Monitoring realisatiecijfers
Wij vragen ziekenhuizen en specifieke ZBC's om periodiek hun realisatie- en prognosecijfers aan te leveren via een vast format. Zo hebben wij een tijdig en adequaat inzicht in de productieontwikkeling. De uitvraag richt zich op DBC-zorgproducten, OVP's, OZP's en dure geneesmiddelen.

Prijsbenchmarks
De offertes voor 2021 beoordelen wij aan de hand van prijsinformatie uit het verleden en andere ingediende offertes voor 2021. Primair zijn deze benchmarks gebaseerd op de gewogen gemiddelde prijzen per product. Deze kunnen vervolgens verbijzonderd zijn naar regio of naar vergelijkbare instellingen (academisch ziekenhuis, STZ-ziekenhuis, algemeen ziekenhuis of ZBC). Ook kan een verdeling naar marktaandeel van CZ groep deel uitmaken van de beoordeling.

3.11 Eerstelijnsdiagnostiek (ELD)

Het zorginkoopbeleid Eerstelijnsdiagnostiek 2021 bevat een aantal wijzigingen ten opzichte van 2020. Dit zijn de belangrijkste:

- Er zijn twee overeenkomstvormen: een standaard- en een voorkeursovereenkomst.
- De tarieflijst met CZ maximumtarieven voor ELD wordt aangepast en staat uiterlijk op 1 juni 2020 op onze **zorgaanbiedersite**.

- Voor het volume gaan we uit van de realisatie in de periode 1 mei 2019 – 1 mei 2020.
- Bij een voorkeursovereenkomst zijn afspraken mogelijk om onder voorwaarden overschrijdingen van het omzetplafond vergoed te krijgen.

Voor meer informatie verwijzen wij u naar het betreffende **document** op onze site.

3.12 Revalidatie, trombosediensten, audiologische centra en ambulancezorg

CZ groep koopt ook zorg in bij de aanbieders van revalidatiezorg, bij trombosediensten, audiologische centra en ambulancediensten. Daarbij hanteren we de criteria uit dit zorginkoopdocument en de hieronder geschetste beleidslijnen. Voor 2021 hebben we daar bepaalde nuances in aangebracht. Wij vragen daarnaast uw aandacht voor de procedure en het bijbehorende tijdpad (zie hoofdstuk 4). Medisch specialistische zorg door radiotherapeutische centra en dialysecentra wordt weliswaar niet apart genoemd, maar valt ook onder het zorginkoopbeleid in dit document en volgt de daarbij geldende procedures en het genoemde tijdpad.

Revalidatie

De laatste jaren is er de nodige dynamiek in de revalidatiesector. Zo is er meer samenwerking en zien we zelfs fusies van instellingen en verplaatsing van zorg vanuit ziekenhuizen. ZBC's voor revalidatie namen de afgelopen tijd een prominentere positie in binnen het zorglandschap. Ook is een verdere afbakening tussen de medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ) en eerstelijns revalidatie doorgevoerd. Het zijn ontwikkelingen die ook de komende jaren actueel blijven en die wij nauwlettend volgen.

Ook de revalidatiesector heeft al langere tijd te maken met een toenemende en complexer wordende zorgvraag. Tegelijkertijd maakt de sector ook deel uit van het HLA, waardoor de financiële middelen beperkt worden. In 2021 is slechts 0,3% volumegroei beschikbaar voor de hele medisch specialistische zorg, inclusief de revalidatiezorg. Meer groei voor de revalidatie betekent per definitie een krimp voor andere sectoren. Het is de vraag of dit redelijk is en of er geen andere mogelijkheden zijn om de groei in de revalidatiesector te beperken. Alle opties die bijdragen aan kostenbeheersing moeten immers benut worden.

Wij vragen ons af of dit voldoende gebeurt. Aan de hand van declaratiegegevens zien wij bijvoorbeeld verschillen in behandelintensiteit die onvoldoende verklaard en onderbouwd worden. Voor 2021 maken wij dit onderwerp van onderlinge overleggen. Ook substitutie of transitie van zorg naar de eerste en anderhalve lijn kan bijdragen aan doelmatigere zorg. Door de toepassing van stepped care en een betere samenwerking met regionale ketenpartners bevorderen we dat patiënten de juiste zorg op de juiste plaats krijgen. CZ groep verwacht van zorgaanbieders een proactieve houding bij het aandragen van initiatieven voor samenwerking en substitutie.

Wij kopen zorg in die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze zorg moet uiteraard ook voldoen aan de randvoorwaarden uit het algemene beroepskader revalidatiezorg, de actuele behandelkaders en de zorgstandaarden voor specifieke doelgroepen. Wij baseren de financiële afspraken op het HLA. Bij de contractering besteden we nadrukkelijk aandacht aan het verkleinen van onverklaarbare prijs- en volumemixverschillen. De afgelopen jaren is landelijk veel aandacht besteed aan de doorontwikkeling van de productstructuur via de registratie van modules. De verwachting is dat de wijziging beperkt blijft tot een verrijking van de huidige productstructuur.

Trombosediensten

De trombosediensten bevinden zich momenteel in een fundamentele transitie. Hun positie is onder druk komen te staan door de toenemende inzet van nieuwe medicatie (DOAC's) als behandelmethode. De centrale positie van de trombosedienst binnen de keten zal in de toekomst veranderen. Hoe? Dat is op dit moment onderwerp van landelijk overleg. Vindt er een verschuiving van taken plaats naar de eerste lijn? Of is een patiënt met multimorbiditeit beter af in het ziekenhuis? Wordt de huisarts de spin in het web of ligt er toch een taak voor de trombosedienst? Voor de patiëntveiligheid zijn afstemming, kennisuitwisseling en het delen van patiëntinformatie binnen de keten cruciaal. CZ groep houdt de landelijke ontwikkelingen binnen de trombosezorg nauwlettend in de gaten. Daarbij sturen wij actief op initiatieven voor mogelijke transities, waarbij de continuïteit, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg vooropstaan. Daarnaast is gebleken dat de kosten voor trombosezorg sterk uiteenlopen. Wij willen deze kosten beheersen en onverklaarbare prijsverschillen verkleinen.

Audiologische centra

Naar verwachting krijgen steeds meer mensen te maken met gehoorproblemen. Om deze vraag binnen de landelijke groeikaders op te kunnen vangen, wordt een doelmatige regionale inbedding van de audiologische zorg steeds belangrijker. Bij de zorginkoop besteden we dan ook nadrukkelijk aandacht aan de onderlinge verschillen tussen aanbieders op basis van relevante benchmarkgegevens. CZ groep stuurt op substitutie naar de audicien, waarbij de meest actuele veldnorm in deze sector het uitgangspunt is. We vinden het belangrijk om te vermelden dat een audiologisch centrum zich richt op de complexe(re), multidisciplinaire audiologische zorgvraag, die past binnen de aanspraak van de medische specialistische zorg. De zorg die audiologische centra verlenen, moet voldoen aan de algemene beroeps- en behandelkaders voor de audiologische zorg en de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC).

Sinds 2019 is het mogelijk om aparte afspraken te maken voor de behandeling van mensen met ernstige tinnitusklachten. Daarbij stellen wij als voorwaarde dat de richtlijn Tinnitus strikt wordt gevolgd en dat de behandeling evidence based is. Deze zorg is nog maar kort onderdeel van het verzekerde pakket. Daarom willen wij deze afspraken apart kunnen monitoren. Afspraken voor tinnituszorg worden daarom gecontracteerd in een apart omzetplafond. Heeft een zorgaanbieder een hogere omzet voor tinnituszorg gerealiseerd dan het afgesproken plafond? Dan kan dit gesubstitueerd worden vanuit het reguliere omzetplafond als daar nog ruimte is. Een lagere omzet voor tinnituszorg kan echter niet gebruikt worden voor extra reguliere zorg.

Ambulancezorg

De zorg voor patiënten die zijn aangewezen op medisch geïndiceerd liggend ambulancevervoer, wordt in representatie ingekocht bij de 25 vergunninghoudende Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Wij monitoren de prestaties van de RAV's nauwgezet en bespreken de resultaten periodiek in het Lokaal Overleg. Met alle RAV's die niet voldoen aan de norm '95% A1-vervoer binnen 15 minuten' zijn verbeterafspraken gemaakt en is een tijdpad afgesproken om de prestaties op het gewenste niveau te brengen.

3.13 Buitenland

CZ groep sluit al enkele jaren contracten met ziekenhuizen en medisch specialisten in de grensregio's met België en Duitsland.

België

In België worden de overeenkomsten afgesloten tussen drie partijen. Naast CZ groep en de ziekenhuizen is de CM (Christelijke Mutualiteit) de derde contractpartij. Hiermee zijn de Belgische tariefs- en kwaliteitsafspraken geborgd. Ook maken wij hierin een afspraak over de maximale zorgomzet. Daarmee zorgen we ervoor dat het in Nederland afgesproken bestuurlijk hoofdlijnenakkoord niet leidt tot een weglekeffect naar het buitenland. Verder maken we net als in Nederland waardegedreven zorgafspraken over de aandoeningen borstkanker en schisis. Ziekenhuizen die niet voldoen aan de minimumnormen uit het verantwoordingsdocument, worden voor de behandeling van deze aandoeningen niet gecontracteerd. Datzelfde geldt voor zorg waarvoor door de Nederlandse wetenschappelijke beroepsverenigingen van medisch specialisten minimum volume- en kwaliteitsnormen zijn vastgesteld (zie hoofdstuk 3.8.7).

Duitsland

In Duitsland liften we mee op de contracten van de AOK Hamburg-Rheinland met de ziekenhuizen en de vrijgevestigde medisch specialisten. Via hun internationale zorgpas kunnen verzekerden van CZ, OHRA, Nationale-Nederlanden en de PZP gemakkelijk gebruikmaken van de zorg in de Duitse grensregio.

3.14 Levensbeschouwing

Iemands levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop hij in contact wil staan met zorgverleners of zorg af wil nemen. CZ groep vindt het belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.

Hoofdstuk 4

Proces contractering 2021

4.1 Tijdpad

Wij willen onze verzekerden uiterlijk op 12 november informeren over het aanbod dat wij gecontracteerd hebben. Daarom hanteren wij onderstaand tijdpad.

Planning	Activiteiten
Uiterlijk 1 april 2020	Fase 1: Voorbereiden, formuleren en publiceren door CZ groep van het zorginkoopbeleid 2021
Uiterlijk 15 juni 2020	Fase 2: Indienen van de offerte door zorgaanbieders in het VECOZO Zorginkoopportaal
Uiterlijk 1 juli 2020	Fase 3: Beoordelen van de offerte door CZ groep en start van de onderhandelingen
Uiterlijk 1 november 2020	Fase 4: Afronden van de onderhandelingen en formele vastlegging van de voorwaarden en financiële afspraken
Uiterlijk 12 november 2020	Fase 5: Publicatie van het zorgaanbod door CZ groep

Toelichting op de fases binnen het contracteerproces:

Fase 1
Met de publicatie van het zorginkoopdocument medisch specialistische zorg geven wij het startsein voor het zorginkooptraject voor 2021. Dit document plaatsen wij uiterlijk op 1 april op onze website. U vindt het onder **www.cz.nl/zorgaanbieder**.

Fase 2
Wij willen tijdig alle offertes kunnen beoordelen, besprekingen met zorgaanbieders voeren en alle afspraken vastleggen. Daarom moet uw offerte uiterlijk op 15 juni bij ons binnen zijn. U kunt de offerte indienen via het Zorginkoopportaal van VECOZO. In voorkomende gevallen behouden wij ons het recht voor om zelf met een voorstel te komen.

Fase 3
Na het indienen van de offertes beginnen de onderhandelingen. Om de regionale besprekingen tijdig te kunnen starten, moet elke zorgaanbieder zich aan de termijnen houden. Is uw offerte tijdig bij ons binnen, dan beoordelen wij die en nemen we contact op met de aanbieder. Op dat moment maken wij nadere afspraken over de vervolgprocedure.

Fase 4
Wij willen uiterlijk op 1 november overeenstemming bereiken voor 2021 en de voorwaarden, het omzetplafond en de prijslijst vastleggen in een overeenkomst.

Fase 5
Uiterlijk op 12 november informeren wij onze verzekerden over welke instellingen voor medisch specialistische zorg wij voor 2021 hebben gecontracteerd.

Nieuwe zorgaanbieders

Voor nieuwe zorgaanbieders geldt een aanvulling voor fase 2 en 3. Zij moeten een vragenlijst en een businesscase indienen (zie hoofdstuk 3). De vragenlijst is beschikbaar via het **VECOZO Zorginkoopportaal**. Daarnaast stuurt u als nieuwe aanbieder voor 2021 ook een offerte in termen van p x q. De vragenlijst, de businesscase en de offerte kunt u tot uiterlijk 15 juni indienen. Wij beoordelen de stukken en nemen indien nodig contact met u op voor aanvullende informatie. Uiterlijk op 1 september laten wij weten of u in aanmerking komt voor een overeenkomst en of wij dus het onderhandelingstraject met u ingaan.

Technische aspecten van de indiening van de offerte voor 2021

De hele offerte (A-segment, B-segment en OVP) moet in termen van p x q worden ingediend. Dat doet u via het Zorginkoopportaal van VECOZO. Bij de offerte voegt u een apart document toe met een toelichting. Naast de overige verrichtingen kunnen andere kosten (zoals voor kwaliteitsregistraties of hulpmiddelen) niet apart in rekening worden gebracht.

Natuurlijk bevat uw offerte uitsluitend de zorg die het ziekenhuis mag leveren volgens zijn (WBMV-) vergunning, de standaard van de wetenschap en praktijk, de minimumnormen die zijn gesteld door de beroepsgroepen en de criteria die wij stellen in het kader van de selectieve inkoop.

Basisverzekering (14- en 15-codes) versus aanvullende verzekering (16- en 17-codes)

Zoals eerder vermeld, maakt de zorg waarvoor een vergoeding geldt vanuit een aanvullende verzekering geen deel uit van de maximale zorgomzet die we overeenkomen. Voor onze verzekerden willen wij voor deze zorg toch prijsafspraken maken. Wij vragen zorgaanbieders daarom om bij het indienen van de offerte ook prijsvoorstellen voor de 16- en 17-codes aan te leveren. Wij verwachten hierbij geen volumevoorstellen. Bij voorkeur maken we gelijke prijsafspraken voor verzekerde en niet-verzekerde zorg. De prijzen mogen bij contractering echter niet hoger zijn dan bij niet-contractering.

4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk op 12 november presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2021. Op **www.cz.nl/zorgvinder** is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- de NAW-gegevens van de zorgaanbieder;
- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;
- de wachttijden (indien beschikbaar);
- kwaliteitsinformatie, waaronder de selectieve inkoopresultaten (indien beschikbaar);
- patiëntervaringen (indien beschikbaar).

4.3 Bereikbaarheid

Bij een optimaal contracteertraject hoort een goede bereikbaarheid van beide kanten. U mag van ons verwachten dat wij tijdens het hele traject goed bereikbaar zijn. Communicatie vindt plaats via het Zorginkoopportaal van VECOZO en vaak ook telefonisch, per e-mail en eventueel per post.

De zorginkoper die uw offerte beoordeelt, laat u weten binnen welke termijn u een inhoudelijke reactie op uw offerte mag verwachten. Ook geeft hij door via welk telefoonnummer en e-mailadres hij bereikbaar is. Op onze **website** staat per regio vermeld welke zorginkoper de contactpersoon is.

Hoofdstuk 5

Betrokkenheid van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid

5.1 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van patiënten dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiëntenorganisaties en onze Ledenraad. Op basis van die input vormen en toetsen wij het zorginkoopbeleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben.

Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid van zorg en transparantie van zorginkoop, leest u **hier**. Wat de sector medisch specialistische zorg heeft bereikt door patiëntenorganisaties en verzekerden te betrekken bij het vormgeven van dit zorginkoopbeleid, leest u hieronder in paragraaf 5.2.

5.2 Specifiek beleid medisch specialistische zorg

Met Zorgbelang hebben wij het zorginkoopbeleid 2021 afgestemd. Zij onderschrijven de uitgangspunten en de argumentatie voor het voorgenomen beleid en de uitvoering. Op regionaal niveau spant Zorgbelang zich samen met CZ groep in om Samen Beslissen duurzaam in te voeren binnen de medisch specialistische zorg.

Voor de totstandkoming van ons zorginkoopbeleid 2021 voor de zorg bij prostaatkanker, maag- en slokdarmkanker en nier- en blaaskanker hebben wij nauw overleg gevoerd met de betreffende patiëntenorganisaties. Hun betrokkenheid daarbij gaat ver. Om onze visie te bepalen, hebben we de patiëntenorganisaties uitvoerig geraadpleegd. Dit resulteerde in onze **waardedocumenten**. Verder participeert de ProstaatkankerStichting in het nieuwe bestuur van Stichting Egidius Zorgconcepten.

We zoeken daarnaast de inbreng van patiëntenorganisaties bij onderwerpen als regionale zorgprojecten (‘Juiste Zorg Op de Juiste Plek’) en substitutie. Dit kan in de breedte, door de lokale cliëntenraad te betrekken bij initiatieven van het ziekenhuis, of specifiek als een project betrekking heeft op bepaalde patiëntengroepen, aandoeningen of indicaties. Zo raadplegen we de Oogvereniging voor ons zorginkoopbeleid rondom de taakdifferentiatie tussen oogartsen en optometristen.

Bijlage 1

Behandelingen die zijn uitgesloten van vergoeding

Uitgesloten van het contract is medisch specialistische hulp die niet conform de Nederlandse Zorgverzekeringswet (Zvw) is. Een van de criteria uit de Zvw is dat de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zorg waarvoor (nog) onvoldoende wetenschappelijk bewijs is dat deze effectief en veilig is (op korte en lange termijn), komt niet voor vergoeding in aanmerking en valt dus niet onder het contract. Hieronder staan een aantal voorbeelden van behandelingen die *niet* aan bovenstaand criterium voldoen en dus niet onder het contract vallen. Deze lijst is overigens niet limitatief. Ook andere, meer experimentele of innovatieve behandelingen voldoen mogelijk *niet* aan bovengenoemd criterium. Informatie hierover is te vinden op de website van het Zorginstituut Nederland: **www.zorginstituutnederland.nl**.

- Discusprothese
- Dynamische stabilisatie d.m.v. bijvoorbeeld Dynesis, X-stop, Coflex, DIAM-systeem
- Minimaal invasieve chirurgie voor een lumbale wervelkanaalstenose
- Percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED)
- Facetgewrichtinfiltraties bij chronische lage rugklachten
- Radiofrequente denervatie bij chronische rugklachten
- Extracorporeal Shock Wave Therapy (ESWT) bij schouderklachten
- Extracorporeal Shock Wave Therapy (ESWT) bij een fasciitis plantaris
- Extracorporeal Shock Wave Therapy (ESWT) bij achillespees tendinopathie
- Radiotherapie bij Ledderhose
- Radiotherapie bij M. Dupuytren
- Radiotherapie bij Achillodynieën
- Radiotherapie bij Epicondylitiden
- Plaatsing totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) bij carpometacarpale (CMC) 1-artrose
- Vertebroplastiek en ballonkyphoplastiek bij pijnlijke compressie door wervelfracturen
- Femoro-acetabulaire chirurgie ter behandeling van FAI (femoro-acetabulaire impingement)
- Het plaatsen van een Metaal-op-Metaal heupprothese
- Hyaluronzuurinjecties in een gewricht
- Platelet Rich Plasma (PRP) bij laterale epicondylaire tendinopathieën
- Mannitol infusie bij een complex regionaal pijnsyndroom type 1
- Intracorneale ringsegmenten bij keratoconus
- Epithelial-on collageen crosslinking bij keratoconus en keratectasie
- DMEK hoornvliestransplantatie
- Accomoderende lenzen bij cataract
- Femtosecond laser assisted cataract surgery (FLACS)
- Nervus vagus stimulatie bij depressie
- Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS), transcraniële directie currente stimulatie (tDCS), electrische (corticale) stimulatie en andere vormen van neuromodulatie bij tinnitus
- Cochleair implantaat bij tinnitus
- Microvasculaire decompressie bij tinnitus
- Endobronchiale klepplaatsing bij longemfyseem
- Radiofrequente ablatie (RFA), Laser-induced interstitële thermotherapie (LITT) en/of Transarteriële chemo-embolisatie (TACE) bij levermetastasen (uitgezonderd TACE als palliatieve behandeling in salvagesetting van niet-reseceerbare functionerende neuro-endocriene levermetastasen)
- Thermale ablatie bij resectabele colorectale levermetastasen
- Transarteriële chemo-embolisatie (TACE) bij intrahepatisch cholangio(cellulair) carcinoom
- SIRT/radio-embolisatie bij levermetastasen
- SIRT/radio-embolisatie bij intrahepatisch cholangio(cellulair) carcinoom
- Percutane leverperfusie met melfalan bij leverdominante, niet-resectabele metastasen van een uveamelanoom
- Assisted hatching bij IVF
- Foamsclerosering bij stamvarices

- Laparoscopische adhesiolyse bij chronische buikpijn
- Duodenal-Jejunal bypass (EndoBarrier) voor de behandeling van obesitas met of zonder diabetes mellitus type II
- Endoluminale fundoplicatie met Esophyx® bij gastro-oesofageale reflux
- Transplantatie eilandjes van Langerhans
- Wormtherapie bij inflammatoire darmziekten
- Klinische opname voor kinderen met ernstige obesitas. Het gaat hier om de gecombineerde leefstijlinterventie met opname met als doel blijvende gewichtsreductie en gedragsverandering
- Elektrische stimulatie van de lagere oesofageale sfincter bij gastro-oesofageale refluxziekte
- Autologe hematopoietische stamceltransplantatie bij therapierefractaire Morbus Crohn
- Sacrale neurostimulatie (SNS) bij kinderen en volwassenen met therapieresistente functionele obstipatie
- Dorsal Root Ganglion Stimulation bij Failed Back Surgery Syndrome (FBSS)
- Intrathecal Drug Delivery (ITDD) bij Failed Back Surgery Syndrome (FBSS)
- Dorsal Root Ganglion Stimulation bij diabetische neuropathie of dunne vezelneuropathie
- Spinal Cord Stimulation en Dorsal Root Ganglion Stimulation bij postherpetische pijn
- Spinal Cord Stimulation en Dorsal Root Ganglion Stimulation bij neuropatische pijn door letsel
- Spinal Cord Stimulation bij angina pectoris
- Spinal Cord Stimulation bij perifeer arterieel vaatlijden/ischemische pijn
- Veneuze angioplastiek bij chronische cerebrospinale veneuze insufficiëntie (CCSVI) bij multiple sclerose (MS)
- Transcraniële magnetische stimulatie bij depressie
- Renale denervatie bij therapieresistente hypertensie
- Baroreflex activatietherapie bij therapieresistente essentiële hypertensie
- Deep Brain Stimulation als behandeling van therapieresistente depressie en therapieresistente Gilles de la Tourette
- Nesovic-operatie, al dan niet gecombineerd met adductorenrelease, bij sportgerelateerde liesklachten (chronische pubalgia)
- Minimaal invasieve behandeling van een hallux valgus
- PCA3-test bij prostaatkanker
- Epidurale/peridurale injecties bij chronische, aspecifieke lage rugklachten
- HIFU bij prostaatkanker
- Steriele waterinjecties (SWI) ter pijnbestrijding bij een bevalling
- Vroege intensieve neurorevalidatie bij volwassenen met niet-responsief waaksyndroom of laagbewuste toestand
- Langdurige behandeling met antibiotica bij patiënten met post-treatment lyme disease syndrome (PTLDS)
- Occlusie van het linkerhartoor bij atriumfibrilleren
- Uitname, cryopreservatie en transplantatie van gecryopreserveerd ovariumweefsel voor preservatie van ovariële functie en fertiliteit bij gonadotoxische behandelingen

Bijlage 2

Voorwaarden voor een contract 2021

Algemeen

- De zorgaanbieder moet beschikken over een toelating WTZi als dat wettelijk nodig is (of hij voldoet indien van toepassing aan de bepalingen uit de Wet toetreding zorgaanbieders, de Wtza). Daaruit moet blijken dat hij de aangeboden zorg mag bieden en dat hij aantoonbaar voldoet aan de voorwaarden. Hij heeft ook alle andere registraties die vereist zijn voor het verlenen van deze zorg.
- De zorgaanbieder beschikt over een geldig inschrijfnummer in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz (Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg).
- Het medisch en paramedisch personeel van de zorgaanbieder is BIG-geregistreerd.
- De zorgaanbieder beschikt over een geldige AGB-code voor het leveren van de zorg.
- De zorgaanbieder beschikt over een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem, al dan niet als integraal onderdeel van een kwaliteitskeurmerk.
- De zorgaanbieder neemt deel aan relevante uitvragen van de IGJ en kwaliteitsindicatoren zoals opgenomen in de Transparantiekalender (**www.zorginzicht.nl/ondersteuning/transparantiekalender**).

Zorg

- Het zorgaanbod van de zorgaanbieder is grotendeels gericht op zorg vanuit de Zvw.
- De zorgaanbieder levert kwalitatief verantwoorde zorg die klantgericht en doelmatig wordt verleend naar de stand van de wetenschap en praktijk.
- De zorgaanbieder werkt met zorgpaden, inclusief voor- en nazorg.
- De zorgaanbieder en de zorg die hij verleent, voldoen aan alle eisen die de wet- en regelgeving hieraan stellen.

Specifieke eisen voor ZBC's

- Bij nachtelijk verblijf zijn minimaal 2 verpleegkundigen aanwezig.
- De zorgaanbieder heeft een schriftelijke achterwachtregeling met één of meer ziekenhuizen.
- De zorgaanbieder beschikt over een 24/7 bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdienst voor de eerste opvang met deskundig, BIG-geregistreerd personeel. Dat personeel handelt bij problemen adequaat en kan 24/7 een medisch specialist oproepen die de patiënt binnen 1 uur kan zien.
- De zorgaanbieder heeft een regeling voor achterwacht en waarneming.

Zorgaanbieders moeten over de benodigde documenten beschikken en deze kunnen overleggen als CZ groep daarom vraagt.

Bovenstaande eisen zijn bepalend voor de vraag of de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een overeenkomst. Daarnaast gelden de randvoorwaarden in dit zorginkoopdocument als minimumeisen op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid.

Uitsluitingen

Niet alle zorgaanbieders komen in aanmerking voor een overeenkomst 2021 met CZ groep. Dit geldt in ieder geval voor de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;

- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
- waarbij een integriteitsonderzoek beletselen oplevert.

Bestaande zorgaanbieders
Bestaande zorgaanbieders kunnen ons een offerte sturen om kenbaar te maken dat zij in aanmerking willen komen voor een overeenkomst. In hoofdstuk 4 vindt u meer informatie over de manier waarop u dit kunt doen en de termijnen die wij hiervoor hanteren.

Nieuwe zorgaanbieders
Wij gaan ervan uit dat wij voldoende zorg kunnen inkopen bij onze bestaande zorgaanbieders. Wilt u als nieuwe zorgaanbieder in aanmerking komen voor een overeenkomst, dan beoordeelt CZ groep uw businesscase. Daarbij toetsen wij ook of het wenselijk en nodig is om een nieuwe instelling te contracteren. We houden daarbij rekening met de toegankelijkheid, doelmatigheid en innovatie van de zorg voor de doelgroep. Als we vinden dat we al voldoende aan onze zorgplicht voldoen, dan bieden wij uw instelling geen overeenkomst aan. Uitzondering hierop zijn nieuwe zorgaanbieders die duidelijk aantoonbare meerwaarde of een duidelijke innovatie bieden ten opzichte van het zorgaanbod dat wij al gecontracteerd hebben.

Nieuwe zorgaanbieders kunnen een vragenlijst invullen via VECOZO om hun interesse voor een overeenkomst kenbaar te maken (**https://uitvragen.zp.vecozo.nl**). Naast algemene informatie over de organisatie, het zorgaanbod en de minimumeisen, vragen wij ook informatie over de volgende uitgangspunten om te kunnen beoordelen of er sprake is van aantoonbare meerwaarde:
- de zorgaanbieder werkt niet aanbod- maar vraaggericht;
- de zorgaanbieder biedt ketenzorg;
- de zorgaanbieder heeft de juiste registraties, keurmerken en toelatingen;
- de zorgaanbieder biedt voldoende continuïteit van zorg, in het bijzonder bij nazorg en complicaties;
- de praktijkruimten en (verblijfs)faciliteiten zijn op de juiste manier uitgerust.

Om de meerwaarde of innovatie aan te tonen, stuurt u met de aanvraag een businesscase mee. Daarin komen in ieder geval het zorgaanbod, de transparantie over de kwaliteit, de efficiëntie van de organisatie en de doelmatigheid aan bod. In hoofdstuk 4 vindt u meer informatie over de manier waarop u dit kunt doen en de termijnen die wij hiervoor hanteren.

ZBC's nemen binnen de medisch specialistische zorg een bijzondere positie in. Vaak zijn het instellingen met een beperkt, gespecialiseerd zorgaanbod in een beperkte setting. Door specialisatie, standaardisatie en innovatie kunnen deze behandelcentra zich onderscheiden van ziekenhuizen op het gebied van doelmatigheid en vernieuwing van de zorg. Het aanbieden en inkopen van zorg in deze behandelcentra brengt echter ook risico's met zich mee. Door het ontbreken van een breed zorgaanbod, is de continuïteit van de zorg een bijzonder aandachtspunt. Het gaat hierbij om continuïteit in brede zin: van de organisatie van de zorgketen tot de bereikbaarheid en beschikbaarheid bij complicaties. Bovendien hebben niet alle centra bij aanvang een inspectierapport en een certificering (een keurmerk dat de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg borgt). Bij de contractering schenken wij dan ook aandacht aan deze punten.

Bijlage 3

Transitiemiddelen

Inhoudelijke voorwaarden voor de toekenning van transitiemiddelen
Elke situatie en locatie is verschillend en vereist een individuele beoordeling. Toch vinden wij dat we dicht bij de landelijke afspraken rondom honorering moeten blijven. Dit doen we omdat we verantwoordelijk zijn voor een correcte besteding van premiegelden en een congruente uitvoering vanuit de zorgverzekeraars. Om voor de toekenning van transitiemiddelen in aanmerking te komen, moeten initiatieven aan de volgende uitgangspunten voldoen:

- Ze dragen bij aan de transitie, zoals beschreven in het rapport van de Taskforce 'Juiste Zorg Op de Juiste Plek'.
- Ze passen in het gedeelde meerjarenperspectief.
- Ze zijn substantieel van aard.
- Ze hebben een blijvend effect.
- De omzet die zorgaanbieders door de initiatieven besparen, wordt niet opgevuld.
- De initiatieven worden binnen de contractering op hun eigen merites beoordeeld.
- Ten minste één zorgaanbieder van medisch specialistische zorg en één zorgverzekeraar zijn partij in het initiatief.

Deze middelen moeten niet worden gezien als een 'subsidiepotje' waaruit naar believen geput kan worden. Het zijn middelen die (tijdelijk) beschikbaar zijn in het macrokader en die vanuit premieopbrengsten gefinancierd worden. Daarom moeten de effecten van de veranderingen volstrekt duidelijk zijn. Deze moeten worden aangetoond aan de hand van een businesscase, inclusief afspraken over resultaatverplichting (van de organisatie én VMS/MSB) en een bijbehorende tijdsplanning.

De businesscase moet in ieder geval ook de reductie van de (semi-)vaste kosten in de organisatie zelf inzichtelijk maken. Dankzij deze reductie bereiken we het beoogde financiële effect. Anders wordt er zorg verplaatst naar elders en ontstaan er per saldo meerkosten. Ook wordt de zorg dan minder rendabel voor het ziekenhuis, omdat de inkomsten dalen en de kosten gelijk blijven. Ten slotte verwachten we dat de omvang van de activiteiten substantieel bijdraagt aan een kwalitatieve en doelmatige wijziging van het huidige zorgaanbod. Zonder dit aan de voorkant te kwantificeren, verwachten we in ieder geval dat de activiteiten voortkomen uit een integrale analyse en visie op het (gewenste gedragen) portfolio van het ziekenhuis. Daarnaast verwachten we dat de transitie in samenhang georganiseerd en aangestuurd wordt. Op zichzelf staande individuele projecten komen dus niet voor honorering in aanmerking.

We vertalen de effecten van de geaccordeerde businesscase naar jaarlijkse omzetafspraken met het ziekenhuis (en eventueel externe samenwerkingspartners). Voor de ziekenhuizen waar wij marktleider zijn, kunnen we actief betrokken worden bij de beoordeling en eventuele honorering van de voorstellen. Voor andere regio's zijn dat de zorgverzekeraars die daar marktleider zijn. Per situatie bekijken we het akkoord tussen het betreffende ziekenhuis en de betrokken zorgverzekeraar, zodat we kunnen beoordelen of er ook een afspraak met CZ groep mogelijk is. Het initiatief hiervoor laten we bij de betreffende zorgaanbieder(s).

Procedureel
De gemaakte afspraken worden opgenomen als een apart onderdeel van de zorgovereenkomst 2021. Daarin staat beschreven waarvoor de gelden worden ingezet en ook wat de overeengekomen (transitie)kosten zijn. Een verzoek voor extra middelen vanwege een transitie moet tegelijkertijd met de offerte ingediend worden. Het (substantiële) effect van de verandering van het zorgaanbod moet immers ook in de zorginkoopafspraak voor 2021 verwerkt worden. Hierover moet vóór 1 november overeenstemming bereikt zijn.

Bijlage 4

Declaratie- en controleaspecten

Voorschot
Zorgaanbieders die DBC-zorgproducten declareren, kunnen een verzoek tot bevoorschotting indienen om het onderhanden werk (OHW) te financieren. Het OHW bestaat uit DBC's die nog niet zijn afgesloten. Als de DBC's wel zijn afgesloten, maar nog gefactureerd moeten worden, vallen ze onder het OHW plus. Dat bevoorschotten we niet. Aan het verstrekken van een voorschot zijn bepaalde voorwaarden verbonden. Deze zijn voor 2021 vastgelegd in een bevoorschottingsovereenkomst.

Overeenkomst bevoorschotting
CZ groep werkt met een 'raamwerkovereenkomst bevoorschotting' en een bijbehorend, jaarlijks af te sluiten addendum. In de raamwerkovereenkomst staan de algemene afspraken rondom bevoorschotting. In het addendum zijn de specifieke afspraken voor dat jaar vastgelegd, zoals de (vaststelling van de) hoogte van het voorschot.

Verminderen correcties op declaraties
Correcties op declaraties leveren veel overbodige administratieve lasten op. Voor de zorgaanbieders, voor CZ groep én voor onze gezamenlijke klanten. Wij onderzoeken waar de kwaliteit van de declaraties nog beter kan en koppelen dit waar nodig terug. Met een gezamenlijke inspanning kunnen we het aantal correcties zo laag mogelijk krijgen én houden.

Klantparticipatie
CZ groep vraagt zijn verzekerden om actief bij te dragen aan het controleren van de verwerkte declaraties. Zij hebben de mogelijkheid om aanvullende uitleg aan ons te vragen en om onjuistheden op de nota te melden. Soms hebben we echter gerichte informatie van het ziekenhuis nodig om de juistheid van de nota vast te stellen. In die gevallen neemt een specifieke backoffice van CZ groep contact op met de zorgadministratie van het ziekenhuis. Uiteraard rekenen wij daarbij op de vlotte en volledige medewerking van het ziekenhuis.

Eigen risico na verlopen indientermijn
Ook voor de inning van het eigen risico is het nodig om de declaratie tijdig in te dienen. Als wij de declaratie ontvangen ná het eerste volledige jaar dat volgt op het jaar waarop het eigen risico betrekking heeft, dan kunnen wij dit eigen risico niet meer innen bij de verzekerde. In dat geval verhalen wij het niet te innen bedrag op de zorgverlener.

Horizontaal toezicht
CZ groep is een van de initiatiefnemers van horizontaal toezicht binnen de zorgsector. Dit is de manier waarop we binnen de keten efficiënt en effectief verantwoording willen afleggen over een juiste zorgregistratie en declaratie. De afgelopen jaren hebben in het teken gestaan van ontwikkeling en we zijn voorzichtig gestart met de implementatie. Komend jaar willen we volop doorgaan met de implementatie van horizontaal toezicht bij ziekenhuizen. Ook in toekomstige meerjarenafspraken willen wij horizontaal toezicht een plek geven. Gepast gebruik kan gezien worden als onderdeel van horizontaal toezicht. We willen dit onderwerp verder invulling geven met statistische analyses en de uitkomsten delen met de zorgaanbieders.

Bijlage 5

Volumespeerpunten 2021

Categorie 1 en 2
Ook voor 2021 willen we strikte volumeafspraken maken voor een beperkt aantal producten. Dit doen we om ongewenste praktijkvariatie tegen te gaan of om gewenste substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn te stimuleren. Deze producten hebben wij opgenomen in categorie 1 ('praktijkvariatie-gevoelige producten') en categorie 2 ('substitutie-gevoelige producten'). Hiervoor hanteren we deelplafonds. Om te voorkomen dat het beoogde effect van deze strakke volumeafspraken teniet wordt gedaan, is substitutie met zorg uit andere categorieën niet mogelijk. Substitutie tússen categorie 1 en 2 is overigens ook niet mogelijk.

Categorie 3 (nieuw overgehevelde) dure geneesmiddelen
In deze categorie vallen zorgproducten die recent zijn overgeheveld vanuit het extramurale geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS) naar het budgettair kader voor medisch specialistische zorg én waar een add-on voor is gecreëerd. Voor 2021 heeft VWS een overheveling aangekondigd van de immunoglobulinen. De definitieve besluitvorming hierover was bij het schrijven van dit document nog niet afgerond. Mocht de overheveling na de publicatie van dit zorginkoopdocument daadwerkelijk plaatsvinden, dan informeren wij u via onze website (**www.cz.nl/zorgaanbieder**). In dat geval geldt dezelfde bekostigingsprocedure als in voorgaande jaren. Voor de volledigheid geven wij die hieronder weer. VWS heeft na publicatie van dit document niet besloten tot overheveling van de immunoglobulinen maar van de Totale Parenterale Voeding (TPV) en Gaucher (de invulling van Gaucher is nog P.M.). Derhalve zijn deze middelen in categorie 3 ondergebracht en gelden onderstaande afrekenregels. In bijlage 5 is deze aanpassing ook verwerkt.

In het eerste jaar dat een product is opgenomen in categorie 3, calculeren wij het product na aan de hand van de declaratiegegevens uit de eerste maanden van dat jaar. (Dit doen wij binnen het voor ons beschikbare bedrag van de landelijke overheveling.) In het tweede jaar wijzen wij deze producten nog eenmaal toe aan de hand van een substantieel aantal declaratiemaanden in het eerste jaar. (Ook deze toewijzing vindt plaats binnen het voor ons beschikbare bedrag van de landelijke overheveling.) Voor de daaropvolgende jaren gaan wij ervan uit dat de afgesproken omzetplafonds een betrouwbare basis zijn voor vervolgafspraken. De betreffende producten worden vanaf het derde jaar dan ook overgeheveld van categorie 3 naar categorie 4.

Tussen de producten in categorie 3 bestaat onderlinge substitutievrijheid. Als de totale werkelijke kosten lager zijn dan de definitief overeengekomen middelen, dan worden deze lagere werkelijke kosten vergoed. Als de totale werkelijke kosten de definitief overeengekomen middelen overschrijden, komt deze overschrijding alleen voor vergoeding in aanmerking als daarvoor financiële ruimte is in categorie 4.

Categorie 4 overig
Alle producten die niet vallen onder categorie 1, 2, 3 of 5 zijn ondergebracht in categorie 4. Voor deze producten geldt volledige substitutievrijheid binnen het overeengekomen omzetplafond.

Categorie 5
In categorie 5 is de niet-planbare zorg opgenomen, zoals transplantatiezorg en bepaalde dure (wees) geneesmiddelen. Vanwege forse schommelingen in aantallen en de grote financiële impact calculeren we volledig na op volume tegen de overeengekomen prijs. Voor de afbakening van de zorg die onder deze afspraak valt, wordt landelijk op 1 september t-1 een limitatieve lijst vastgesteld. Deze lijst wordt door de NFU en ZN verspreid onder hun leden.

Korte omschrijving	Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3
Amandelen	x		
Benigne Prostaat Hypertrofie	x		
Cataract	x		
Galblaasverwijdering	x		
Heupvervanging	x		
Knievervanging	x		
Liesbreuk	x		
Astma *		x	
Atrium fibrilleren *		x	
Carpaaltunnelsyndroom		x	
Chronisch hartfalen *		x	
Controle DRP *		x	
COPD *		x	
Cyclusstoornissen *		x	
Diabetes bij volwassenen *		x	
Follow up cardiologie overig *		x	
Follow up post infarct hartfalen *		x	
HNP lumbaal		x	
Hoge bloeddruk *		x	
Lage rugklachten *		x	
Osteoporose *		x	
PAOD		x	
Plaatsen IUD *		x	
Ulcus cruris *		x	
Varices		x	
Voetcontrole bij diabetes *		x	
Lokale aanvulling	x	x	
Dure geneesmiddelen indien overgeheveld per 01-01-2021**			x
Dure geneesmiddelen overgeheveld per 01-01-2020**			nvt

* Dit betreffen producten welke ook voorkomen in de eerste lijn waarvan het wenselijk is de behandeling primair in de eerste lijn te laten plaatsvinden

** Totale Parenterale Voeding (TPV) en Gaucher (weliswaar nog PM) is overgeheveld per 1-1-2021.

Categorie 1*

Declaratiecode	Zorgproductcode	Omschrijving	Toelichting
15A849	100101005	Operatie aan de neus- of keelamandelen bij Een acute infectie van de bovenste luchtwegen	Amandelen
15B217	149999026	Kijkoperatie bij een goedaardige vergroting van de prostaat	Benigne Prostaat Hypertrofie
15A385	070401008	Staaroperatie bij een ziekte van de ooglens	Cataract
15A977	110901012	Operatie galblaas en/of galwegen tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van de galblaas/ galstenen/ alvleesklier	Galblaasverwijdering
15B034	131999052	Inbrengen van een heupprothese tijdens een ziekenhuisopname bij slijtage van de heup	Heupvervanging
15B062	131999104	Inbrengen van een knieprothese tijdens een ziekenhuisopname bij slijtage van de knie	Knievervanging
15B428	110401022	Enkelzijdige open operatie bij een liesbreuk	Liesbreuk
15B430	110401024	Enkelzijdige kijkoperatie bij een liesbreuk	Liesbreuk

* onder voorbehoud van wijzigingen in de definitieve productstructuur-2021

Categorie 2*

Declaratiecode	Zorgproductcode	Omschrijving	Toelichting
15B818	100501046	1 of 2 polikliniekbezoeken bij astma	Astma
15A779	099899063	Poliklinische diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken bij cardiologie bij een ritmestoornis van het hart	Atrium fibrilleren
15A786	099899072	1 of 2 polikliniekbezoeken bij cardiologie bij een ritmestoornis van het hart	Atrium fibrilleren
15E357	990004071	Operatieve ingreep i.v.m. carpaaltunnelsyndroom door een plastisch chirurg	Carpaaltunnel-syndroom
15E304	069499006	Operatieve ingreep bij carpaaltunnelsyndroom	Carpaaltunnel-syndroom
15A781	099899066	1 of 2 polikliniekbezoeken bij chronisch hartfalen	Chronisch hartfalen
15A488	079799037	Consult op de polikliniek bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog, geen netvliesaandoening door diabetes	Controle DRP
15A883	100501036	1 of 2 polikliniekbezoeken bij een chronische ontsteking van de longen met/ zonder blijvende schade (COPD)	COPD
15C853	149399028	1 of 2 polikliniekbezoeken bij een stoornis van de menstruatiecyclus	Cyclusstoornissen
15A295	040201013	1 of 2 polikliniekbezoeken bij diabetes (suikerziekte)	Diabetes bij volwassenen
15B368	219699023	1 of 2 polikliniekbezoeken bij de nazorg na hartafwijking of ingreep	Follow-up cardiologie overig
15B358	219699011	1 of 2 polikliniekbezoeken bij de nazorg na hartinfarct	Follow-up postinfarct hartfalen

Vervolg Categorie 2*

Declaratiecode	Zorgproductcode	Omschrijving	Toelichting
15D642	131999258	Zeer ingewikkelde en langdurige operatie aan de wervelkolom bij een ziekte van botspierstelsel	HNP-lumbaal
15D641	131999257	Zeer ingewikkelde en langdurige operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel	HNP-lumbaal
15D644	131999260	Ingewikkelde en langdurige operatie aan de wervelkolom bij een ziekte van botspierstelsel	HNP-lumbaal
15D643	131999259	Ingewikkelde en langdurige operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel	HNP-lumbaal
15D646	131999262	Ingewikkelde operatie aan de wervelkolom bij een ziekte van botspierstelsel	HNP-lumbaal
15D645	131999261	Ingewikkelde operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel	HNP-lumbaal
15D648	131999264	Operatie aan de wervelkolom waaronder aan een nekhernia of operatie aan meerdere wervels bij een ziekte van botspierstelsel	HNP-lumbaal
15D647	131999263	Operatie aan de wervelkolom waaronder nekhernia of operatie aan meerdere wervels tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel	HNP-lumbaal
15E829	131999284	Operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel	HNP-lumbaal
15E830	131999285	Operatie aan de wervelkolom bij een ziekte van botspierstelsel	HNP-lumbaal
15C406	090301007	1 of 2 polikliniekbezoeken bij een cardioloog bij een hoge bloeddruk	Hoge bloeddruk
15C413	090301015	1 of 2 polikliniekbezoeken bij een hoge bloeddruk	Hoge bloeddruk
15C412	090301013	3 tot 4 polikliniekbezoeken of meer dan 2 onderzoeken bij een hoge bloeddruk	Hoge bloeddruk
15B418	990089041	1 of 2 polikliniekbezoeken bij pijn bij lage rugklachten	Lage rugklachten
15E346	131999067	Onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij botontkalking	Osteoporose
15E351	131999174	1 of 2 polikliniekbezoeken bij botontkalking	Osteoporose
15A624	099699004	Uitgebreide operatie bloedvaten bij aderverkalking	PAOD
15A655	099699040	Operatie bij aderverkalking	PAOD
15A656	099699041	Operatie tijdens een ziekenhuisopname bij aderverkalking	PAOD
15B484	099699098	Uitgebreide operatie bloedvaten arm of been tijdens een ziekenhuisopname bij aderverkalking	PAOD
15D284	990062004	Inbrengen van een stent(-graft) (buisje van kunststof en metaal) in een slagader door een radioloog	PAOD
15D285	990062005	Inbrengen van meerdere stent(-graft)s (buisje van kunststof en metaal) in een slagader door een radioloog	PAOD
15D287	990062007	Behandeling van een bloedvatvernauwing door een radioloog	PAOD
15D288	990062008	Behandeling van vernauwingen in bloedvaten door een radioloog	PAOD

Vervolg Categorie 2*

Declaratiecode	Zorgproductcode	Omschrijving	Toelichting
15B344	210301004	Plaatsen van een spiraal ter voorkoming van zwangerschap	Plaatsen IUD
15B875	129999055	Behandeling van een open been met een tot maximaal vijf polikliniekbezoeken bij een open been	Ulcus cruris
15E725	099799044	Open operatie aan 1 stamvene bij spataderen/ chronische oppervlakkige aandoening aan de bloedvaten	Varices
15E728	099799048	Binnen de ader verwijderen of verschrompelen van spataderen in 1 stamvene	Varices
15E723	099799042	Operatie aan 3 of meer stamvenen waarvan minimaal 1 open operatie bij spataderen/ chronische oppervlakkige aandoening aan de bloedvaten	Varices
15E724	099799043	Operatie aan 2 stamvenen waarvan minimaal 1 open operatie bij spataderen/ chronische oppervlakkige aandoening aan de bloedvaten	Varices
15E726	099799046	Binnen de ader verwijderen of verschrompelen van spataderen in 3 of meer stamvenen	Varices
15E727	099799047	Binnen de ader verwijderen of verschrompelen van spataderen in 2 of meer stamvenen	Varices
15E730	099799051	Dichtspuiten ader(s) onder echogeleide bij spataderen/ chronische oppervlakkige aandoening aan de bloedvaten	Varices
15E731	099799052	Dichtspuiten ader(s) bij spataderen/ chronische oppervlakkige aandoening aan de bloedvaten	Varices
15E729	099799050	Poliklinisch via de huid verwijderen van een of meerdere aders bij spataderen/ chronische oppervlakkige aandoening aan de bloedvaten	Varices
15B726	099699083	1 of 2 polikliniekbezoeken bij een afwijking aan de voet als gevolg van diabetes (suikerziekte)	Voetcontrole bij diabetes

* onder voorbehoud van wijzigingen in de definitieve productstructuur-2021

Categorie 3 2020*

Middel	Declaratiecode	Omschrijving
nvt		

Categorie 3 2021*

Middel	Declaratiecode	Omschrijving
TPV	192861	TPV (totale parenterale voeding) onbereid, in de thuissituatie, inclusief toediening per infuus, hulpmiddelen en toebehoren, per dag.
TPV	192862	TPV (totale parenterale voeding) bereid, in de thuissituatie, inclusief toediening per infuus, hulpmiddelen en toebehoren, per dag.
TPV	192863	TPV (totale parenterale voeding) maatwerk, in de thuissituatie, inclusief toediening per infuus, hulpmiddelen en toebehoren, per dag.
TPV	192864	Vocht bij TPV-indicatie of afhankelijkheid van NaCl en/of elektrolyten bij chronisch darmfalen in de thuissituatie, inclusief toediening per infuus, hulpmiddelen en toebehoren, per dag.
Gaucher	pm	pm

* onder voorbehoud van wijzigingen in de definitieve productstructuur-2021

Zorg die verder gaat

580.073.2131