

Zorginkoopbeleid

Medisch specialistische zorg 2022



OHRA Direct
geregeld

 **nationale
nederlanden**

Versie	Datum publicatie	Toevoeging/wijziging	Pagina	Reden
1.1	03-02-2022	Bijlage 5 Volumespeerpunten 2022	42	Productcode 15B875 is gewijzigd in 15E921 (Ulcus cruris)

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Managementsamenvatting	5
1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2022	5
1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2022	5
1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst	6
2 Visie van CZ groep op de medisch specialistische zorg	
Verantwoord en Dichtbij	7
2.1 Verantwoord en Dichtbij	7
2.2 Regie in de regio	8
2.3 Verduurzaming van het zorgveld	9
2.4 Expertzorg: dichtbij als het kan, verder weg als het moet	9
2.5 Gepersonaliseerde zorg	10
3 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	11
3.1 Regionale samenwerking	11
3.2 Contractvormen	13
3.3 Voorwaarden voor een contract	14
3.4 Transitiemiddelen	14
3.5 Gepast gebruik	15
3.6 Digitale zorg	15
3.7 Innovatieve zorg	17
3.8 Dure geneesmiddelen	18
3.9 Kwaliteit van zorg	20
3.10 Toegang tot de zorg	22
3.11 Kosten van de zorg	23
3.12 Eerstelijnsdiagnostiek (ELD)	25
3.13 Revalidatie, trombosediensten, audiologische centra en ambulancezorg	25
3.14 Zintuiglijk gehandicapten	27
3.15 Buitenland	27
3.16 Levensbeschouwing	28
4 Proces contractering 2022	29
4.1 Tijdpad	29
4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	30
4.3 Bereikbaarheid	30
5 Betrokkenheid van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	31
5.1 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	31
5.2 Specifiek beleid medisch specialistische zorg	31
Bijlage 1 Behandelingen die zijn uitgesloten van vergoeding	32
Bijlage 2 Voorwaarden voor een contract 202	34
Bijlage 3 Transitiemiddelen	36
Bijlage 4 Declaratie- en controleaspecten	37
Bijlage 5 Volumespeerpunten 2022	38

Vorbehoud

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.

OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep) denken 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. In deze experimenteerregio's worden afspraken gemaakt die kunnen afwijken van de afspraken voor de reguliere zorginkoop.

Voorwoord

Verantwoord en *dichtbij*. Deze twee woorden zijn belangrijk voor CZ groep. Ze vormen samen het thema waarlangs wij met de verschillende beroeps-groepen en contractpartijen de gewenste ontwikkelingen in de zorg inhoud willen geven. Ze helpen ons om structuur aan te brengen in de vele ideeën en initiatieven vanuit het zorgveld waarbij wij als zorgverzekeraar gevraagd worden om een faciliterende rol te vervullen, bijvoorbeeld in de bekostiging. Immers: niet alles wat goed is kan en niet alles wat kan is goed. Ook CZ groep zelf geeft inhoud aan deze twee kernwoorden: we initiëren programma's om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg verder te ontwikkelen.

Tijdens de covid-pandemie ontstonden veel snelle innovaties en creatieve oplossingen voor acute problemen. We zagen en zien veel saamhorigheid in de zorg en snelle implementaties van technologieën die eerder maar moeizaam van de grond kwamen. Denk aan de inzet van digitale zorg, de keuze voor zorg die ertoe doet en de flexibiliteit om de zorg te organiseren waar die op dat moment écht nodig is. Wij vinden dat een crisis nooit het fundament van een nieuwe ordening moet zijn. Toch hopen we dat nieuwe, wenselijke oplossingen blijvend hun weg vinden naar de dagelijkse praktijk. We hebben immers te maken met een gigantische zorgvraag, die deels wordt veroorzaakt door uitgestelde zorg. Hierdoor ontstaat een ongekende druk op de rechten van mensen op toegankelijke zorg.

Daarom leggen we in 2022 de nadruk meer dan ooit op het creëren van een goed toegankelijk zorgaanbod, en dat tegen maatschappelijk acceptabele kosten. Daarnaast besteden we meer aandacht aan de transparantie van de kwaliteit van de zorg. De geplande ontwikkelingen op dat gebied hebben vertraging opgelopen door de coronacrisis, wat heel begrijpelijk is. Voor 2022 willen we de draad weer oppakken en transparantie inzetten om onze zorg naar een nog hoger niveau te brengen.

2022 wordt een jaar waarin we samen weer gaan zorgen voor een toegankelijke zorg, van het niveau dat we voor onszelf en onze dierbaren vanzelfsprekend vinden. Zorg die bovendien door zorgverleners én verzekerden wordt ervaren als 'waar voor hun geld' – het 'oude normaal' waar we in Nederland om bekendstaan.

Rien Pijnenburg

Manager medisch specialistische zorg

Joël Gijzen

Directeur zorg

Managementsamenvatting

1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2022

2022 is het eerste jaar na de covid-pandemie, die de maatschappij en de zorg volledig heeft beheerst. We gaan ervan uit dat we voor 2022 weer op de reguliere wijze individuele zorginkoopafspraken kunnen maken met onze zorgaanbieders. We realiseren ons dat de recente productiegegevens niet representatief zijn voor een normaal jaar. Toch vertrouwen we erop dat we gezamenlijk een reëel niveau van de verwachte zorgvraag kunnen vaststellen. Hierbij gaan wij ervan uit dat er geen sprake is van inhaalzorg.

De uitdagingen in de medisch specialistische zorg zijn er niet minder op geworden. De volumegroei is in 2022 teruggebracht naar 0%; er is dus sprake van een financiële krimp in de afspraken als we rekening houden met de groei voor dure geneesmiddelen. Daarom zijn we eerder al gestart met ontwikkelingen die de zorg doelmatiger moeten maken. Gepast gebruik en meer digitale zorg zijn belangrijke instrumenten om dit te realiseren. Meer dan ooit moeten er efficiëncymaatregelen getroffen worden die de kosten en de toegankelijkheid van de zorg positief beïnvloeden. Door Duurzame Coalities te sluiten, streven we via co-creatie met zorgaanbieders naar een meer toekomstbestendige zorg. Door samen te werken en gebruik te maken van elkaars kennis en informatie, kunnen we impactvolle veranderingen teweegbrengen in behandel- en bedrijfsprocessen. Bewezen nieuwe (digitale) technieken en zorgvormen kunnen dan ook succesvol elders worden ingezet.

De zorg kan ook doelmatiger en toegankelijker worden door nog betere regionale samenwerkingsafspraken met omringende zorgaanbieders. Een goed werkende regionale zorgketen filtert de inefficiency en bevordert de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Samen met regionale partijen willen wij daar graag onze bijdrage aan leveren.

Ondanks de covid-pandemie zijn er toch belangrijke stappen gezet om de oncologische zorg naar een nog hoger niveau te tillen. De organisatie van Egidius Zorgconcepten heeft een impuls gekregen met de oprichting van een algemeen bestuur van vooraanstaande bestuurders en professionals uit het veld. Onder dit bestuur gaan diverse expertraden voor specifieke aandoeningen functioneren, die worden ondersteund door een uitvoerende werkorganisatie. Wij hebben er alle vertrouwen in dat zij erin slagen om de kwaliteit van de oncologische zorg in Nederland verder te verbeteren.

Daarnaast blijven we verder invulling geven aan gepersonaliseerde zorg via ons programma My Best Treatment, dat is gericht op de persoonlijke (biologische) kenmerken van de patiënt. Gepersonaliseerde zorg kan over- en onderbehandeling verminderen, waardoor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg aanzienlijk kunnen toenemen. Zeker in combinatie 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 de patiënt het meest succesvol is. Wij zetten erop in dat Samen Beslissen eind 2024 in elk ziekenhuis volledig geïmplementeerd is.

1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2022

CZ groep gaat verder op de ingeslagen weg. In de uitvoering van ons beleid brengen we verdere accenten en samenhang aan. Dit zijn de voornaamste veranderingen ten opzichte van 2021:

- het concreet toepassen van telemonitoring in de behandeling van chronische aandoeningen, zoals hartfalen, COPD, hypertensie en IBD;
- het jaarlijks maken van aandoening-specifieke afspraken over gepast gebruik;
- het gebruik van een toetsingskader bij de verplaatsing van zorg uit het ziekenhuis;

- het hanteren van resultaatgerichte afspraken bij de honorering van aanvragen voor transitie-middelen;
- het aanscherpen van de zorginkoopafspraken voor klinisch chemische en medisch microbiologische onderzoeken;
- het opnemen van het beleid en de contractvoorwaarden voor de sector Zintuiglijk Gehandicapten in dit zorginkoopbeleid voor medisch specialistische zorg. Vanwege het ontbreken van inzicht in de effecten van de nieuwe bekostigingsstructuur, zetten wij in op een contractduur van 1 jaar.

1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

De contractvoorwaarden vindt u in paragraaf 3.3, in hoofdstuk 4 en in bijlage 2. Deze zijn inhoudelijk niet gewijzigd ten opzichte van 2021 met uitzondering van één punt: per 1 januari 2022 treedt de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking. Deze vervangt de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierdoor moet de zorgaanbieder voldoen aan de bepalingen van de Wtza. Instellingen die onder de Wtza vallen, hebben in plaats van een WTZi-toelating een Wtza-vergunning nodig.

Visie van CZ groep op de medisch specialistische zorg

De covid-pandemie heeft het afgelopen jaar een enorme impact gehad op de zorgverlening. De grenzen van de beschikbare capaciteiten van zorgpersoneel en de benodigde faciliteiten werden hierbij herhaaldelijk opgerekt. Deze schaarste van middelen en capaciteiten vraagt ook in de komende jaren de nodige aandacht.

Hierbij verdwijnt de covid-zorg steeds meer naar de achtergrond, maar blijft de alsmaar toenemende en complexere zorgvraag alle aandacht vragen. CZ groep wil binnen zijn mogelijkheden alles doen om de toegankelijkheid van de zorg voor zijn verzekerden te waarborgen. Ook de kwaliteit en de kosten van de zorg mogen we echter niet uit het oog verliezen, waarbij het één niet ten koste van het andere mag gaan. Goede kwaliteit van zorg, toegankelijk en betaalbaar voor iedereen – dat willen we voor onze verzekerden bereiken.

2.1 Verantwoord en Dichtbij

De Juiste Zorg op de Juiste Plek staat voor CZ groep centraal binnen het zorginkoopbeleid voor 2022. We ondersteunen de ontwikkeling van onder meer gepast gebruik, substitutie naar voorliggende voorzieningen en stepped-care-zorg. Tegelijkertijd vinden we dat de trend om zorg steeds meer in de thuissituatie te verlenen, ook zijn grenzen kent. Vandaar dat wij bij de afwegingen of zorg dichtbij of verder weg aangeboden moet worden onder meer de volgende aspecten willen betrekken:

- Kosten: De inzet van hoogopgeleide professionals bij patiënten thuis kan leiden tot minder direct patiëntgebonden tijd van deze professional (bijvoorbeeld door reistijd) en daarmee tot inefficiency. Ook is er het risico van aanvullende / dubbele infrastructuur / overhead;
- Kwaliteit: Concentratie van expertise en vaardigheden voor complexere zorg leidt tot betere uitkomsten van zorg. Er moet dus continu een afweging worden gemaakt tussen een cliëntgerichte behandeling thuis en de kwaliteit van de zorg;

- Toegankelijkheid: Door de huidige arbeidskrachte moet het beschikbare arbeidspotentieel in alle zorgsectoren optimaal gebruikt worden. Ondoelmatige inzet van zorgpersoneel moet vermeden worden. Dit kan een contra-indicatie vormen voor de trend om zo veel mogelijk zorg thuis aan te bieden.

Kortom, CZ groep ziet veel kansen om zorg in een ambulante (thuis)setting te verlenen, maar dit kan geen doel op zich zijn. Welke interventie hiervoor het meest wenselijk is, moet per zorgvraag worden bekeken. De ene keer zal dat dicht bij huis zijn, laagdrempelig en mogelijk voorzien van digitale hulpmiddelen. Een andere keer is dat 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).

Gepast gebruik en de digitalisering van zorg kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Door de beperkte personele capaciteit op een andere manier te benutten, kunnen meer mensen geholpen worden. Daar willen we vol op inzetten.

Gepast gebruik

We weten steeds beter of bepaalde behandelingen bijdragen aan iemands herstel of niet. Hetzelfde geldt voor bepaalde vormen van diagnostiek. Toch worden er nog steeds behandelingen uitgevoerd die onvoldoende toevoegen. Wij vinden dat die zorg achterwege moet blijven. Naast de inhoud van de zorg is ook de plaats wáár die zorg geleverd wordt van belang: is dat binnen

of buiten het ziekenhuis? Ook wie de zorg aanbiedt, speelt een belangrijke rol: is dat de specialist zelf of juist de physician assistant of verpleegkundig specialist? Ook de wijze waarop de zorg binnen het ziekenhuis wordt aangeboden (relatief veel conservatief of operatief, klinisch of poliklinisch) is belangrijk om te beoordelen of de middelen adequaat worden ingezet. CZ groep wil zich op al deze onderdelen breed inzetten om hier een succes van te maken.

Digitale zorg

De afgelopen jaren is er veel geëxperimenteerd met innovatieve oplossingen om zorg op een andere manier in te vullen. Nu vinden wij dat het tijd is om succesvolle en bewezen interventies op brede schaal in te zetten, zodat deze significant gaan bijdragen aan een nóg doelmatigere inzet van zorgpersoneel en financiële middelen. Door digitalisering neemt de arbeidsproductiviteit van de zorg immers aanzienlijk toe. Hierdoor snijdt het mes aan twee kanten. Met de al beperkte personele capaciteit kunnen meer mensen geholpen worden, terwijl de kosten per patiënt kunnen dalen, zodat de groei van de zorgkosten geremd wordt.

CZ groep zet zich in om digitale zorg onderdeel te laten worden van het huidige behandelaanbod. Denk aan: telemonitoring voor chronische zorg, digitale consulten op verzoek van de eerste lijn, beeldbellen met de patiënt en andere digitale oplossingen. Deze nieuwe vorm van zorg komt er niet bij, maar komt juist in de plaats van bestaande zorg. In voorkomende gevallen willen wij resultaatgerichte afspraken maken voor meer digitale zorg.

Binnen of buiten het ziekenhuis

Of medisch specialistische zorg binnen of buiten het ziekenhuis moet worden aangeboden, is van vele factoren afhankelijk en vaak ook lokaal of regionaal bepaald. Goede afspraken over coördinatie en eigenaarschap in de zorgketen met naburige zorgverleners zijn hierbij belangrijk. Net als een doelmatige inzet van het schaarse regionale zorgpersoneel. Versneld ontslag uit het ziekenhuis is onwenselijk als de thuiszorg onvoldoende verpleegkundig personeel voorhanden heeft. Ook zorg verplaatsen vanuit het ziekenhuis is niet doelmatig als daardoor in de thuissituatie per saldo meer verpleegkundige inzet nodig is. De zorg moet er per saldo niet duurder op worden. In het volgende hoofdstuk gaan wij hier nader op in.

In de regio's waar CZ groep een groot marktaandeel heeft, spannen wij ons in om passende zorg, een verdere digitalisering en regionale samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren. Via (meerjarige) zorginkoopafspraken en duurzame coalities met zorgaanbieders willen wij deze omslag mede ondersteunen en faciliteren. Hiervoor kunnen transitiegelden worden ingezet. In paragraaf 3.4 lichten we de voorwaarden hiervoor toe.

2.2 Regie in de regio

Sommige regio's waarin CZ groep een groot marktaandeel heeft, hebben te maken met een specifieke situatie. Die kan vragen om een gerichte regionale afstemming van het sectorale zorginkoopbeleid. Regio's verschillen van elkaar qua zorgvraag en zorgaanbod. Soms zijn de uitdagingen om de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief van goed niveau te houden daardoor aanzienlijk. Dat vraagt om een gedeelde regionale visie tussen zorgverzekeraar, (georganiseerde) zorgvragers en zorgaanbieders. Deze integrale aanpak noemen we 'regie in de regio'. Dit sluit aan bij het thema 'Verantwoord en Dichtbij' in ons zorginkoopbeleid 2022. De regie in de regio blijft niet beperkt tot de zorg (Zvw en Wlz), maar strekt zich waar nodig ook uit tot het sociale domein of zelfs daarbuiten. De rol van zorginkoop krijgt dan het karakter van *co-makership*.

De wettelijke rol van de zorgverzekeraar om zorg in te kopen impliceert dat deze als 'regioregisseur' de verantwoordelijkheid neemt om de niet-vrijblijvende regionale samenwerking aan te sturen op basis van *co-makership* met de partners. Zij maken samen een analyse van de situatie in de regio en stellen vast welke knelpunten zich nu en in de toekomst aandienen (*regiobeeld*). De partners formuleren een gezamenlijke *regionale opgave*, waaraan zij zich committeren en waarvoor zij collectief en individueel de verantwoordelijkheid nemen.

Duurzame Coalitie

Het is een grote uitdaging om de zorg toekomstbestendig te maken. 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, werken we met een aantal instellingen in ons kernwerkgebied meerjarig samen 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.

2.3 Verduurzaming van het zorgveld

CZ groep is een van de ondertekenaars van de Green Deal Zorg (GDZ) vanuit de overtuiging dat toekomstbestendige zorg duurzaam is. Als zorginkoper stimuleren wij verbeteringen op de GDZ-pijlers. We faciliteren initiatieven waar dat mogelijk is en past bij onze rol. Onze focus ligt hierbij op het bevorderen van doelmatige zorg, het voorkomen van verspilling van medicijnen en hulpmiddelen, en het dicht bij huis organiseren van zorg (soms zelfs thuis met digitale zorg). Ons zorginkoopbeleid sluit hierop aan. Het komend jaar werken wij onze ondersteuning aan de GDZ verder uit. We gaan met verschillende zorgaanbieders het gesprek aan over de voortgang van de verduurzaming van het zorgveld.

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

KWF Kankerbestrijding, het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en de Nederlandse Federatie van Kankerbestrijdingsorganisaties (NFK) publiceerden onlangs de Nederlandse Kankeragenda. Belangrijke

doelen zijn onder meer de verhoging van de vijfjaars-overleving van Nederlandse kankerpatiënten van 65% naar 75% binnen 10 jaar. Een betere samenwerking en kennisdeling is daarbij van belang, net als een tijdige opsporing door nieuwe technieken en systemen.

Het zijn stuk voor stuk doelstellingen die we graag ondersteunen. In de afgelopen jaren hebben wij al diverse stappen gezet die we ook voortzetten. CZ groep ziet hierbij verschillende oplossingen om de doelen 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. De stichting bestaat uit een algemeen bestuur van vooraanstaande bestuurders en professionals uit het veld. Onder dit bestuur worden dit jaar specifieke expertraden per aandoening actief. Het geheel wordt ondersteund door een werkorganisatie die de praktische uitvoering verzorgt. Voor meer informatie verwijzen wij u graag naar paragraaf 3.9.3.

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

- prostaatkanker;
- maag- en slokdarmkanker;
- blaas- en nierkanker.

Naar andere tumorsoorten waarvoor het behandel-aanbod verbeterd kan worden, vindt nader onderzoek plaats. Daarnaast streven we naar een verdere centralisatie van de moleculaire diagnostiek voor longkanker in expertcentra en ook naar verbeteringen in het diagnostische traject en de behandeling bij de diagnose 'primaire tumor onbekend'. In paragraaf 3.9 gaan wij hier verder op in.

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.

2.5 Gepersonaliseerde zorg

De kwaliteit van de zorg kan flink toenemen door deze beter af te stemmen op de persoonlijke (biologische) kenmerken van de patiënt. Daarnaast kan gepersonaliseerde zorg over- en onderbehandeling verminderen. 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 de patiënt het meest succesvol is.

Beslissingsondersteunende systemen (Decision Support Systems) die uit big data bruikbare informatie halen, dragen bij aan de beste behandelkeuze voor een patiënt. Ook met aanvullende diagnostieksystemen (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. Met patiëntenorganisaties en ziekenhuizen bespreken we nieuwe ontwikkelingen op het gebied van gepersonaliseerde zorg aan de hand van onze **visiedocumenten** voor **Longkanker, Primaire Tumor Onbekend** en een document over Borstkankerzorg. Graag nodigen wij u uit om kennis te nemen van deze documenten.

Via (langjarige) zorginkoopafspraken willen wij ziekenhuizen stimuleren om concreet met deze nieuwe systemen voor gepersonaliseerde zorg te gaan werken. In het volgende hoofdstuk gaan wij hier verder op in.

Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

Ook in 2021 zetten we ons weer in om kwalitatief goede, betaalbare en tijdige zorg te contracteren. Ons beleid van de afgelopen jaren zetten we voort en op onderdelen scherpen we dit 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 de behandelintensiteit en het 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 en welzijnsorganisaties 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

CZ groep vindt dat de zorg voor ouderen nog beter georganiseerd kan worden. Wij richten ons de komende jaren op drie belangrijke onderwerpen uit onze visie: de oprichting van een coördinatiepunt, vroegsignalering en Advance Care Planning (ACP). CZ groep heeft eerder voor deze onderwerpen gekozen, omdat ze bijdragen aan het oplossen van de in-, door- en uitstroomproblemen binnen veel regio's. Deze onderwerpen hebben veel met elkaar te maken en kunnen elkaar versterken:

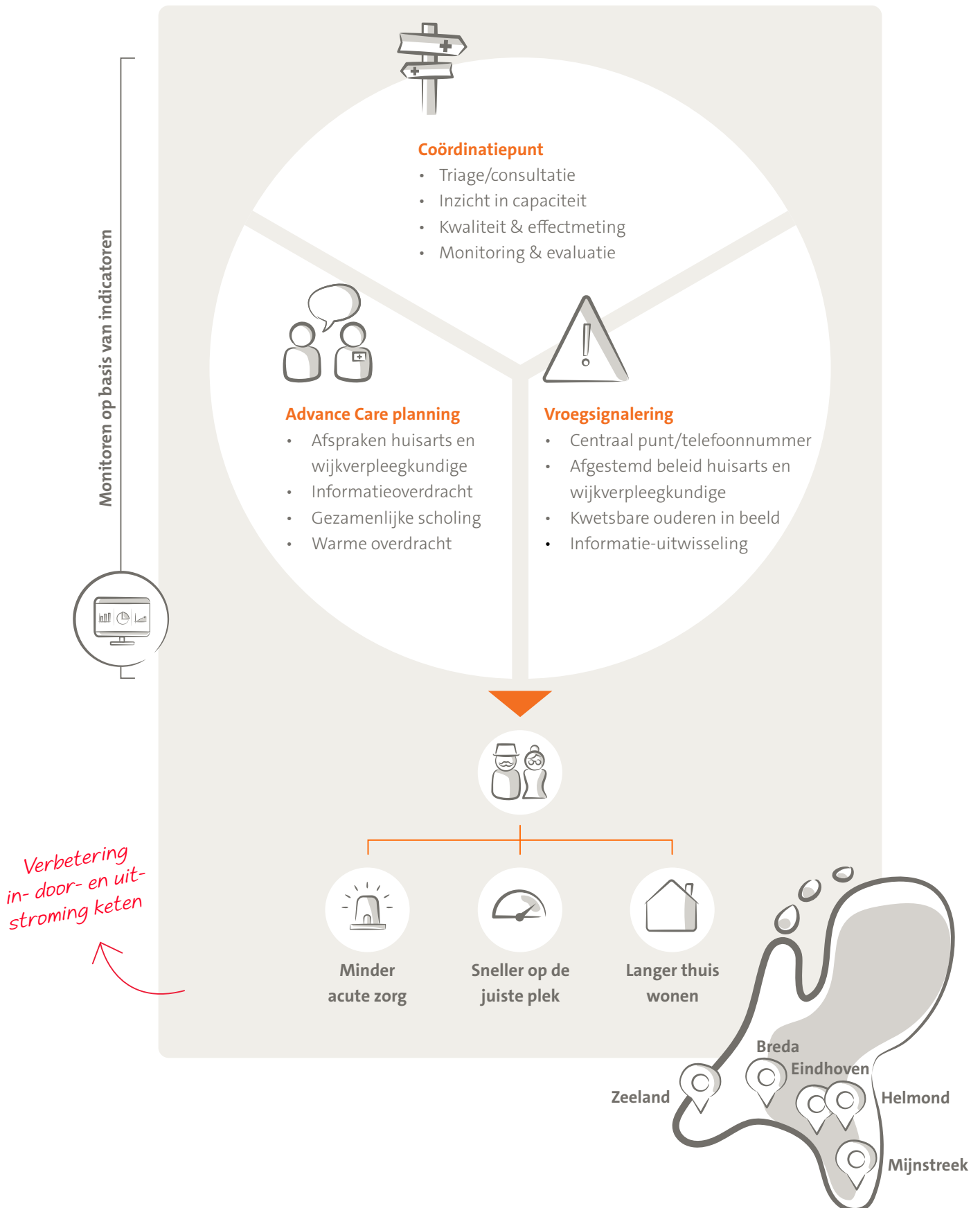
- 1 De oprichting van een *regionaal coördinatiepunt* dat 24/7 inzicht heeft in de beschikbare bedden (GRZ / ELV / Wmo / Wlz) in de regio. Ook voor consultatie en triagevragen rondom (vervolg)zorg voor kwetsbare ouderen is het coördinatiepunt beschikbaar. Zo kunnen zij ondersteuning naar de juiste zorg 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.
- 2 *Vroegsignalering* van kwetsbare ouderen, zodat in de regio in beeld is welke ouderen een groter risico lopen op gezondheidsklachten. Vervolgens moet het beleid van bijvoorbeeld de huisarts en de wijkverpleging

hierop worden afgestemd. Hierdoor worden complexe of zelfs crisissituaties voorkomen.

- 3 *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. Zo is duidelijk wat hun wensen zijn wanneer de zorg steeds zwaarder wordt. Ook dit is een belangrijk onderdeel om complexe of zelfs crisissituaties te voorkomen.

Per regio zijn de prioriteiten verschillend. Deze zijn 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. CZ groep maakt hier in zijn kernwerkgebieden afspraken over met alle stakeholders. Deze leggen we vast in een addendum bij de zorgovereenkomst.

Regionale aanpak keten ouderenzorg



3.1.2 Verplaatsen en voorkomen van ziekenhuisbehandelingen

Een beleidsspeerpunt van CZ groep is de Juiste Zorg op de Juiste Plek, met meer inzet van de eerste en nulde lijn. Op deze manier kunnen we met de bestaande capaciteit meer patiënten helpen. We zien ook steeds meer initiatieven die behandelingen verplaatsen vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie. Dit gebeurt op kleine schaal voor bijvoorbeeld chemo- en immunotherapie en peritoneaaldialyse. Het verplaatsen van behandelingen naar huis is echter geen doel op zich.

Bij het beoordelen van deze initiatieven bekijken we of het verantwoord is om deze zorg dichterbij te leveren, op het gebied van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Voor deze beoordeling ontwikkelen we momenteel een toetsingskader, waarin deze drie elementen nader uitgewerkt worden en ook onderling worden gewogen. Wij maken hierbij onderscheid tussen initiatieven waarbij de medisch specialist eindverantwoordelijk blijft (zoals bij dialyse) en initiatieven waarbij de verantwoordelijkheid wordt verplaatst naar andere zorgverleners (zoals bij wondzorg). Dit toetsingskader hanteren we voor alle zorgaanbieders die vaak betrokken zijn bij dergelijke initiatieven, zoals medisch specialistische zorg, VVT-instellingen, huisartsenzorg en farmacie.

Ook het voorkomen van ziekenhuisbehandelingen is belangrijk. Dit kan onder andere door de inzet van medisch specialistische expertise in de eerste en nulde lijn. CZ groep ondersteunt deze beweging onder andere door samen te werken met het Prismanetwerk. Via dit netwerk kan een huisarts een virtueel specialistisch meedenkconsult aanvragen. Ook de Pluspraktijken in Zuid-Limburg zijn een goed voorbeeld. In deze praktijken leren huisartsen van elkaar om hun doorverwijsgedrag scherp te krijgen. Wij verwachten van ziekenhuizen dat zij actief participeren in dit soort netwerken en hun expertise 'buiten de muren' beschikbaar en toegankelijk maken.

3.1.3 Geboortezorg

Ook in de geboortezorg zien we inmiddels voorbeelden van de verplaatsing van zorg vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn. Daar waar integrale geboortezorgorganisaties (IGO's) zijn, is deze verschuiving ook financieel eenvoudig te regelen. In regio's waar de financiering van de geboortezorg nog gekenmerkt wordt door sectorale schotten, is dit ingewikkelder. Inmiddels heeft het RIVM voorzichtigte positieve effecten laten zien

van de integrale financiering in de geboortezorg¹. De NZa heeft op basis hiervan een advies uitgebracht om integrale financiering per 2022 deel uit te laten maken van de reguliere bekostiging². Hoewel de politieke besluitvorming hierover nog niet definitief is, blijft CZ groep integrale geboortezorg stimuleren met integrale financiering. In de regio's waar nog geen IGO's zijn, stimuleren we de samenwerking binnen verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) op andere manieren.

Steeds meer ziekenhuizen laten de partusassistentie bij de bevalling op de polikliniek door externe kraamverzorgenden uitvoeren. CZ groep koopt deze zorg in via de OVP's bij het ziekenhuis. Om versnippering van de declaraties te voorkomen, verzoeken we ziekenhuizen om deze kosten onderling te verrekenen met de kraamzorgorganisaties. Meer informatie hierover vindt u in ons **zorginkoopbeleid Geboortezorg 2022**.

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 waar mogelijk de marktleiders in hun beleid voor de Juiste Zorg Op de Juiste Plek.
- Bij een groot marktaandeel zetten we in op meerjarenafspraken voor de facilitering van toekomstbestendige zorg. Daarbij onderscheiden we de volgende opties, afhankelijk van de gewenste verandering:
 - meerjarenafspraken zonder transitie-middelen: volgens de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord (HLA) met weinig concrete veranderingen voor toekomstbestendige zorg;
 - meerjarenafspraken met transitie-middelen: volgens de afspraken uit het HLA met concrete veranderingen voor toekomstbestendige zorg;
 - Duurzame Coalitie³: langdurige, toekomstbestendige afspraken die nog meer gericht zijn op systeemveranderingen met

¹ Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten | RIVM.

² Advies toekomst bekostiging integrale geboortezorg – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

³ Zie ook het tekstkader in hoofdstuk 2.

- mogelijke gevolgen voor de hele regionale zorg;
- Een contract voor 1 jaar als bovenstaande afspraken niet gemaakt kunnen worden.

Door de covid-pandemie zijn de productiegegevens over 2020 en 2021 minder goed bruikbaar als basis voor nieuwe meerjarenafspraken. Desondanks kunnen (lokale) ontwikkelingen van invloed zijn op de omvang van de toekomstige zorg. Deze combinatie maakt het lastig om concreet invulling te geven aan onze strategie van meerjarenafspraken. Per situatie willen we dan ook beoordelen welke contractvorm het best past bij de omstandigheden.

3.3 Voorwaarden voor een contract

Bij het aangaan van overeenkomsten maken we onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Een bestaande zorgaanbieder heeft in 2021 een overeenkomst (medisch specialistische zorg) met ons, op basis waarvan hij zorg bij ons heeft gedeclareerd. Zorgaanbieders die in 2021 geen overeenkomst (medisch specialistische zorg) met ons hebben, beschouwen wij als nieuwe aanbieders.

In 2022 willen we de overeenkomst met bestaande zorgaanbieders voortzetten. Bepalend hierbij is dat de overeenkomst niet in de loop van 2021 is beëindigd én dat we voor 2022 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 Transitie middelen

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. Voor de honorering van een aanvraag voor transitie-middelen gelden in ieder geval onderstaande voorwaarden. Zie verder ook bijlage 3 voor een compleet overzicht van de inhoudelijke voorwaarden en de procedure voor de toekenning van transitie-middelen.

Onderdeel van een integrale visie met een toekomstig portfolio

Initiatieven die bij ons ingediend worden, moeten 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.

Passende en digitale zorg

Wij vinden het essentieel dat de plannen inspelen op de actuele ontwikkelingen rondom passende en digitale zorg. Denk aan telemonitoring voor chronische zorg, digitale consulten op verzoek van de eerste lijn en digitale herhaalconsulten. Belangrijk is dat deze nieuwe vormen van zorg niet boven op, maar juist in plaats van bestaande zorg komen. De omvang van de activiteiten moet substantieel bijdragen aan een kwalitatieve en doelmatige wijziging van het huidige zorgaanbod en een aanpassing van de zorgprocessen van de instelling.

Businesscase met resultaatgerichte afspraken

Het initiatief moet een businesscase bevatten die minimaal inzichtelijk maakt hoe het initiatief bijdraagt aan de afspraken vanuit het HLA om de volumegroei in 2022 terug te brengen naar 0%. De afbouw van de omzet is zichtbaar, net als de bijbehorende verlaging van de kosten van de bedrijfsvoering. Bij de honorering van aanvragen voor transitie-middelen willen wij ook resultaatgerichte afspraken maken in de vorm van concrete KPI's. De transitie-middelen worden pas vastgesteld als deze KPI's gerealiseerd zijn.

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).

3.5 Gepast gebruik

Gepast gebruik van de zorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan het beheersbaar maken van de toenemende kosten in de zorg (zie ook hoofdstuk 2). Daarbij is ook een positieve spin-off mogelijk naar een betere kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Voor gepast gebruik zijn vele definities in omloop. De laatst gepubliceerde (concept) definitie vanuit het programma ZE&GG (Zorg Evaluatie en Gepast Gebruik) luidt: *Gepast gebruik is het leveren van zorg die bewezen (kosten)effectief is en het niet leveren van zorg die bewezen niet (kosten)effectief is.*

De criteria die gebruikt worden om vast te stellen of zorg (kosten)effectief is, zijn vastgelegd in het criterium Stand Wetenschap & Praktijk.

Essentieel is dat de medisch specialist deze beginselen in acht neemt bij de diagnosestelling en behandeling van een patiënt. Dat doet hij door zich open te stellen voor het delen van relevante informatie en door de bereidheid om te onderzoeken of een andere werkwijze kan bijdragen aan betere behandelresultaten. Door alle best practices van de individuele behandelingen op te tellen, ontstaat theoretisch ook het meest doelmatige ziekenhuis. Dat vergt uiteraard een zeer lange adem. Gepast gebruik kan ook benaderd worden vanuit een hoger aggregatieniveau. Door de klinische en niet-klinische activiteiten van het ziekenhuis onderling goed te vergelijken, ontstaat ook inzicht in een doelmatige aanwending van de (financiële) middelen.

Wij zetten er dan ook op in om gepast gebruik op meerdere wijzen te behandelen: per individuele aandoening en geaggregeerd op het niveau van het ziekenhuis. Daarbij participeren wij actief in de landelijke afspraken met de NVZ om de transformatie te versnellen. Hierin zijn minimaal tien aandoeningen uit de landelijke Implementatieagenda opgenomen waarbij verbeterpotentieel en volumereductie mogelijk is. Belangrijk onderdeel in de uitvoering is het meten en monitoren van de afgesproken veranderingen in de zorginzet. In 2022 zetten wij dit beleid voort.

De mate van inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten vraagt ook meer aandacht.

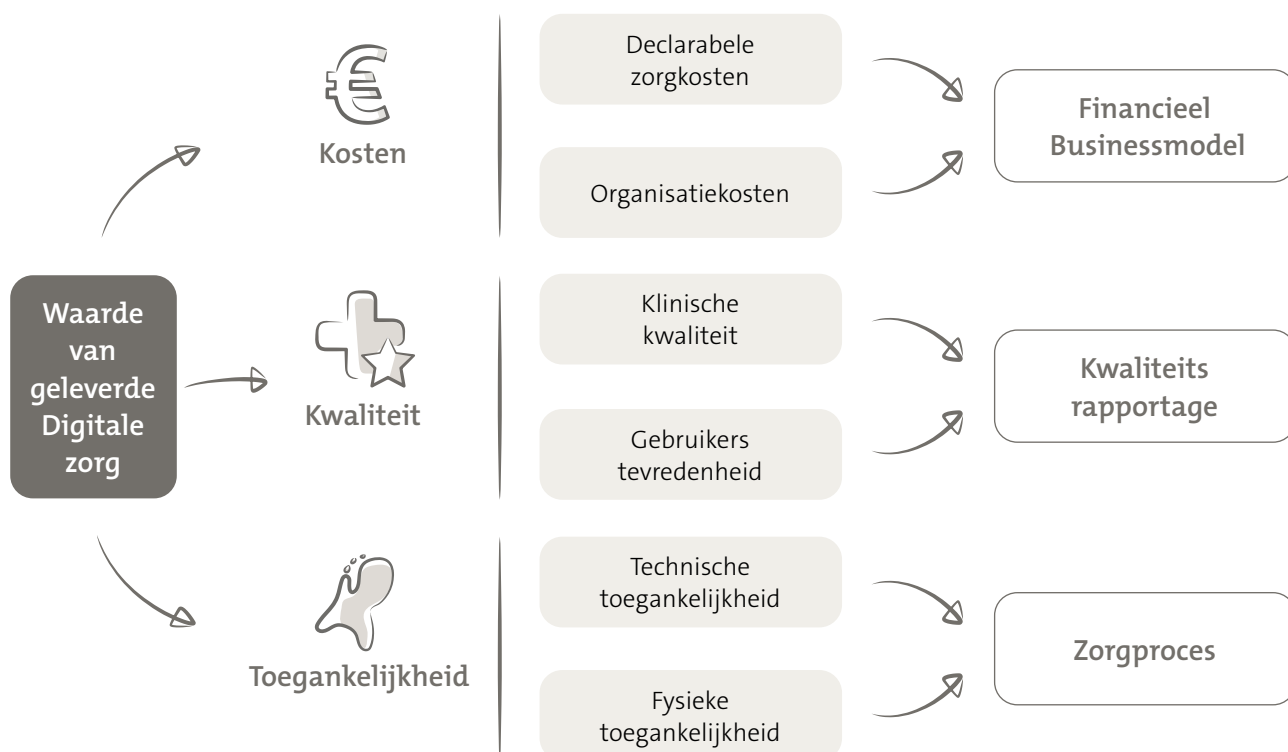
Wij vinden het positief dat de NZa het vanaf 1 januari 2022 verplicht stelt om bij elke zorgactiviteit de eigen unieke AGB-code van de uitvoerende zorgverlener vast te leggen. Dat kan de medisch specialist zijn, maar ook een physician assistant of verpleegkundig specialist. De NZa geeft bovendien aan dat het op deze manier verplaatsen van zorg niet vrijblijvend is, maar als opdracht moet worden beschouwd aan zorgaanbieders om hun verantwoordelijkheid te nemen. Taakherschikking is een belangrijk middel om de groei van de zorgkosten af te remmen, waardoor het bijdraagt aan doelmatige en kwalitatief goede zorg.

Kortom, wij vinden het essentieel dat organisaties invulling geven aan de implementatie van gepast gebruik. Dat doen zij door gestructureerd invulling te geven aan deze leer- en verbetercultuur. Bij onze zorginkoop en bij verzoeken voor transitie-inmiddelen beoordelen wij in hoeverre organisaties hier invulling aan geven.

3.6 Digitale zorg

De meeste zorgaanbieders hebben al ervaring met digitale zorg. Toch verloopt de opschaling daarvan niet altijd even soepel en snel. Wij willen deze opschaling versnellen door het gebruik van digitale zorg vast te leggen in onze zorginkoopafspraken. Daarvoor moeten zorgpaden worden aangepast. Het startpunt daarbij is de (regionale) zorguitdaging of zorgvraag en de vertaling daarvan naar een nieuw digitaal of hybride zorgconcept, waarbij we gebruikmaken van bewezen technologie. We gaan gezamenlijk voor goede zorg die aansluit bij de behoefte van de patiënt, die op de juiste plek geleverd wordt en die een redelijke prijs heeft. Om nieuwe zorgconcepten aan de uitdagingen en randvoorwaarden te toetsen, gebruiken we het waardemodel:

Waardemodel – Digitale zorg



Vanuit het perspectief van de patiënt en met de juiste partners implementeren we gezamenlijk deze nieuwe zorgconcepten. We delen de kennis die we met patiënten, zorgaanbieders en IT-partners opdoen over de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Zo komen we tot landelijke opschaling.

Landelijke afspraken op ZN-niveau

Om tot een uniforme landelijke zorginfrastructuur te komen, gaan we met zorgaanbieders afspraken maken over de noodzakelijke randvoorwaarden. Zo stimuleren we deelname aan de VIPP-regelingen. Ook gegevensuitwisseling met PGO's is een vereiste om de patiënt centraal te stellen.

In het landelijke platform Informatieberaad hebben brancheorganisaties, de Patiëntenfederatie, VWS en ZN een aantal prioritaire gegevensuitwisselingen vastgesteld. Daarnaast hebben zij vijf focusprogramma's gedefinieerd die hier invulling aan moeten geven. De prioriteit ligt bij de programma's Registratie aan de bron, Twiin, MedMij, eOverdracht en MedicatieOverdracht. Een belangrijke randvoorwaarde is dat zorgaanbieders

gebruikmaken van generieke voorzieningen voor de adressering, toestemming, identificatie, authenticatie en autorisatie.

Niet alle voorzieningen en nieuwe digitale ontwikkelingen worden vanzelf gebruikt. Daarom leggen zorgverzekeraars het gebruik van zorginfrastructuren en generieke voorzieningen op termijn vast in zorginkoopcontracten. De eerste jaren gaat dit nog vooral via attendering en stimulering volgens het principe 'pas toe of leg uit'. Na verloop van tijd worden de afspraken dwingender. Verzekeraars moeten niet concurreren op het gebied van infrastructuur en generieke voorzieningen. Daardoor ontlasten we softwareleveranciers die zich als marktpartij kunnen richten op een zo goed mogelijk product voor hun klant: de zorgaanbieder. Gezamenlijk zorgen we zo voor een efficiënte en veilige gegevensuitwisseling in de zorg waar de verzekerde optimaal van profiteert.

Doelstellingen

CZ groep schaaft zich graag achter de landelijk geformuleerde doelen:

- Wij sluiten ons aan bij de ambitie van de NVZ om eind 2022 ten minste 25% van de poliklinische zorg digitaal te verlenen.
- Wij hebben eind 2024 met 80% van de zorgaanbieders in de MSZ afspraken gemaakt over een hybride zorgaanbod voor patiënten met hartfalen, COPD en IBD. Dit is in lijn met de doelstellingen van de Vliegwielfcoalitie.
- Wij stimuleren zorgaanbieders om bewezen effectieve digitale innovaties over te nemen.

Om deze ambities samen met de zorgaanbieders waar te maken, richten wij ons voor 2022 vooral op:

- de implementatie van telemonitoring voor chronische zorg;
- het verder stimuleren van andere digitale zorgprocessen.

Telemonitoring chronische zorgpaden

We werken actief aan de implementatie en opschaling van telemonitoring voor diverse chronische aandoeningen, zoals hartfalen, COPD, IBD en hypertensie. Dat doen we binnen Duurzame Coalities en met enkele vooruitstrevende ziekenhuizen binnen ons kernwerkgebied. We betrekken een groot aantal patiënten – we streven naar 50% in eerste jaar – en geven het zorgaanbod echt anders en meer digitaal vorm aan de hand van bewezen technologieën van voorkeursaanbieders. Patiënten verstrekken belangrijke meetwaarden periodiek digitaal aan het ziekenhuis. Enkel bij gevalideerde afwijkingen vindt nader fysiek contact plaats. De huidige ervaringen van professionals en patiënten met deze nieuwe manier van werken zijn erg positief.

CZ groep wil deze ervaringen inzetten voor andere aandoeningen en de aanpak voor bestaande aandoeningen uitbreiden naar nieuwe ziekenhuizen. Zo streven wij naar een snelle en verantwoorde opschaling van deze nieuwe manier van werken.

Andere digitale zorgprocessen

Covid heeft een boost gegeven aan de digitalisering van de medisch specialistische zorg. Denk aan beeldbellen met de patiënt in plaats van fysieke consulten of herhaalbezoeken. En digitale consultatie van de huisarts met de medisch specialist (meekijkconsult). Het is essentieel om deze veranderingen te handhaven en zelfs verder uit te breiden. Wij staan dan ook achter de doelstelling van de NVZ om eind 2022 minimaal 25% van

de polibezoeken digitaal te verrichten. Via onder meer monitoring van declaratiedata vormen wij ons een beeld van de mate waarin een zorgaanbieder deze digitale mogelijkheden in de praktijk brengt.

Verdere digitalisering vinden wij onmisbaar om in de toekomst de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te kunnen waarborgen. Bij het maken van zorginkoopafspraken en bij aanvragen voor transitie-inmiddelen beoordelen wij de gerealiseerde en voorgestelde effecten op de digitale zorg.

Voor meer informatie verwijzen wij u naar www.cz.nl/zorgaanbieder/digitale-zorg.

3.7 Innovatieve zorg

Innovatie in de zorg is onmisbaar. Vernieuwingen hebben immers een positief effect op de kwaliteit en de doelmatigheid van de 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 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).

Samen Beslissen

Nagenoeg alle ziekenhuizen binnen ons kernwerkgebied hebben inmiddels voor minimaal zes aandoeningen Samen Beslissen geïmplementeerd. De komende jaren willen we dit aanzienlijk opschalen, zodat eind 2024 patiënten in elk ziekenhuis in ons kernwerkgebied 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 meerjarenovereenkomsten nemen we duidelijke afspraken op om



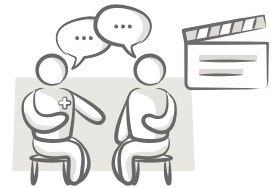
Samen beslissen

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 verder te implementeren. Vervolgens maken we voor onze verzekerden transparant waar en op welke manier zij betrokken worden bij het kiezen van hun behandelopties.

My Best Treatment

Met MBT streven we naar de best mogelijke behandeling door een combinatie van voorspellende technieken, digitale gepersonaliseerde keuzehulpen en de actieve betrokkenheid van de patiënt. Een belangrijke stap voor de totstandkoming van gepersonaliseerde zorg is de inzet van voorspellende technieken, zoals Advanced Diagnostics (AD's) en Decision Support Systems (DSS'en). We streven naar een toename van de inzet van AD's en DSS'en in het oncologische zorgpad. Daarbij stimuleren we de ontwikkeling en implementatie van gepersonaliseerde keuzehulp-ondersteuning. Binnen de gepersonaliseerde zorg richten we ons momenteel vooral op borstkanker, longkanker, primaire tumor onbekend (PTO), gynaecologische tumoren, fertiliteitszorg, depressie en darmkanker. Met het zorgveld bespreken we nieuwe ontwikkelingen op het gebied van gepersonaliseerde zorg aan de hand van onze **visiedocumenten** voor **Longkanker, Primaire Tumor Onbekend** en een document over Borstkankerczorg. In het kwaliteitsoverleg komt de inzet van voorspellende technieken en (gepersonaliseerde) digitale keuzehulpen expliciet aan bod.

3.8 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 moet worden binnen de totale uitgaven voor medisch specialistische zorg. En dat is een hele uitdaging, aangezien de kostengroei van dure geneesmiddelen meer dan 1% van de totale uitgaven voor medisch specialistische zorg is. Bij een landelijke macro-groeirimte van 0% in 2022 en een steeds verder toenemende zorgvraag moeten dus alle mogelijkheden voor een beheersing van de kosten van dure geneesmiddelen worden benut. Iedere toename van deze kosten moet immers worden verdiend op de DBC-zorguitgaven.

Voor 2022 en verder verwachten wij zelfs een nog sterkere groei van dure geneesmiddelen. Dit heeft een aantal oorzaken:

- De komende jaren verlopen er weinig impactvolle patenten.
- Het combineren van dure (oncologische) geneesmiddelen neemt verder toe.
- Er stromen zeer dure gentherapieën en weesmiddelen in.
- Bestaande behandelingen kunnen steeds breder ingezet worden, waardoor het aantal behandelopties toeneemt.

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 2022 hanteren we hierbij zes belangrijke speerpunten:

- 1 De best mogelijke zorg;
- 2 Doelmatige inzet waarbij samenwerkingen worden gestimuleerd;
- 3 Samen Beslissen;
- 4 Maximale toegankelijkheid;
- 5 Nacalculatie op basis van shared risk tegen reële tarieven;
- 6 Gezamenlijke inkoop.

1 De best mogelijke zorg

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 onder andere op de adviezen vanuit de commissie Beoordelingen geneesmiddelen van 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 de behandelkeuzes, zodat deze aansluiten bij de individuele situatie en wensen van de patiënt. We willen de medische professional stimuleren om de uitkomsten van verschillende geneesmiddeloptyes, 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.

Wij willen nacalculatieafspraken maken op basis 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 2022 een referentieprijzlijst. Deze gebruiken wij als uitgangspunt om voor nacalculatie in aanmerking te komen. Uiterlijk op 1 oktober delen wij deze referentieprijzlijst met de zorgaanbieders. Voor een deel van de opgenomen geneesmiddelen gelden vaste referentieprijzen waarbij geen afrekening op de inkoop-tarieven plaatsvindt. We passen lineair pricing toe om geen irreële kosten aan het dossier toe te voegen, ook als een geneesmiddelenfabrikant flat pricing 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 totaalafpraak 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 we 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.

3.9 Kwaliteit van zorg

3.9.1 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'⁴.

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.

3.9.2 Kwaliteitsbesprekingen

Elk jaar voeren wij kwaliteitsbesprekingen met ziekenhuizen waarin wij een substantieel marktaandeel hebben. Daarbij komen vaak vele onderwerpen aan bod. Voor 2022 willen wij in ieder geval de volgende onderwerpen agenderen:

- De uitkomstindicatoren die medisch specialisten en ziekenhuizen elk jaar registreren. Wij verwachten dat ziekenhuizen deze uitkomsten zelf beoordelen en hier 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 stellen we samen een verbeterplan op;
- 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.

3.9.3 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 geen deel uit van het bestuur; de stichting is van en voor het veld. Door de uitbreiding met andere aandoeningen dan prostaatkanker krijgt het bestuur van de stichting een algemeen karakter en worden er aandoening-specifieke expertraden ingesteld. Een werkorganisatie faciliteert de uitvoering van diverse werkzaamheden. Wij denken 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 er inmiddels vier oncologische zorgnetwerken zijn aangesloten bij Egidius. Nieuwe netwerken en zorgaanbieders zich kunnen nog aanmelden. 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 deze patiënten verhoogd moeten worden. Daarnaast vinden wij dat de geboden behandelmogelijkheden onafhankelijk moeten zijn van de locatie waar

⁴ Zorginstituut Nederland, *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk, definitief geactualiseerde versie*, januari 2015.

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.

In 2020 hebben we een kerngroep geformeerd van drie koploperziekenhuizen en een vertegenwoordiging van de NFK en de SPKS (Stichting voor Patiënten met Kanker aan het Spijverteringskanaal). Ons doel is dat binnen een oncologisch netwerk van ziekenhuizen excellente multidisciplinaire zorg wordt geleverd voor patiënten met maag- en slokdarmkanker, in alle stadia van ziekte en behandeling. Dat betekent: samenwerken als één multidisciplinair team met een cultuur van voortdurend spiegelen en verbeteren. Daarbij werken deze onderlinge netwerken ook samen. Zij leren van elkaar en maken daar verbeterafspraken over. De volgende stap is de ontwikkeling van uitkomstindicatoren voor het hele zorgpad. In 2021 willen we graag de expertraad voor maag- en slokdarmkanker oprichten binnen de Stichting Egidius.

3.9.4 Nierkanker en blaaskanker

In 2020 is het oncologische netwerk EMBRAZE gestart met een pilot op het gebied van uitgezaaide niercelcarcinoom. De essentie daarvan is de realisatie van expertzorg en regionale expert-MDO's, zodat onze verzekerden gelijke toegang hebben tot de beste zorg. 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. Daar wordt vastgesteld welke behandeling waar geboden wordt. Een (gefaseerde) uitrol naar het volledige zorgpad en naar andere regio's is voorzien; ervaringen die we opdoen in de pilot, nemen we mee in de verdere implementatie.

3.9.5 Longkanker: concentratie moleculaire diagnostiek

Momenteel krijgt niet elke patiënt met niet-kleincellige longkanker toegang tot adequate moleculaire diagnostiek om genetische afwijkingen in tumorcellen te detecteren. Dat blijkt uit een verkenning binnen het zorginnovatieprogramma My Best Treatment. Deze variatie in diagnostiek vinden wij niet acceptabel. Om meer patiënten toegang te bieden tot de juiste moleculaire diagnostiek, innovatie te stimuleren en de doelmatige inzet van middelen te vergroten, heeft

CZ groep een **visie op moleculaire diagnostiek bij longkanker** ontwikkeld. We willen toe naar expertisecentra voor moleculaire diagnostiek voor gemetastaseerde, niet-squameuze, niet-kleincellige longkanker. Uitgangspunt is dat binnen deze expertisecentra de complexe moleculaire diagnostiek wordt uitgevoerd en dat de testresultaten en behandelopties worden besproken binnen een Molecular Tumor Board. Samen met verschillende stakeholders en een aantal beoogde expertisecentra werken wij deze visie momenteel verder uit. We willen deze nieuwe werkwijze in 2022 in diverse regio's opstarten via pilots. De evaluatie hiervan geeft ons inzicht in het meest optimale proces om deze werkwijze landelijk op te schalen. Daarnaast denken we actief mee met Zorginstituut Nederland en volgen we eventuele nieuwe ontwikkelingen nauwgezet.

3.9.6 Primaire Tumor Onbekend: verbeteren diagnostisch traject en behandeling

In 2019 kregen meer dan 1300 patiënten de diagnose Primaire Tumor Onbekend (PTO). Zij hebben uitzaaiingen van kanker, waarbij niet duidelijk is waar die uitzaaiingen vandaan komen: de bron (de primaire tumor) kan niet worden ontdekt. Hierdoor is het lastig om een efficiënte en effectieve behandeling te vinden. Wij vinden dat het diagnostisch traject en de zorg voor PTO-patiënten verbeterd moet worden. CZ groep heeft daarom een **visie op de zorg bij PTO** ontwikkeld. Door de NZa wordt na positieve beoordeling een facultatieve prestatie voor het gebruik van WGS (Whole Genome Sequencing) en MTB (Molecular Tumor Board) toegekend voor PTO. Een voorwaarde voor de inkoop van deze soort zorg door CZ, is dat voldaan wordt aan de criteria die hiervoor worden opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO). Bij bekendmaking van deze criteria zullen wij deze opnemen in ons visiedocument PTO. Samen met het zorgveld willen we werken aan de oprichting van expertisecentra, aan betere harmonisatie tussen ziekenhuizen, het juiste gebruik van Samen Beslissen en de inzet van 'whole genome sequencing' (WGS). Momenteel werken wij deze visie verder uit met een aantal beoogde expertisecentra. We willen deze visie in 2022 hebben opgestart via pilots in diverse regio's.

3.9.7 Bariatrie

De kwaliteit van de bariatrische zorg

De afgelopen jaren hebben het zorgveld en CZ groep zich ingespannen om de kwaliteit van de bariatrische zorg te verbeteren. Dit heeft er mede toe geleid dat deze zorg nu

geconcentreerder wordt aangeboden en is verbeterd in kwaliteit. De huidige DATO-indicatoren laten zien dat de verschillen tussen zorgaanbieders te klein zijn geworden om een waardegedreven inkoopmodel te hanteren. Dit model passen wij voor 2022 dus niet meer toe. Daarom zijn op de CZ Zorgvinder straks ook geen voorkeursaanbieders meer te zien. Wel blijven de huidige uitkomstindicatoren zichtbaar (een selectie van de DATO-indicatoren). CZ groep richt zich nu volledig op de samenwerking met Menzis en i2i voor kwaliteitsverbetering.

Inhoudelijke samenwerking met Menzis en i2i

CZ groep vindt dat een verdere kwaliteitsverbetering nog steeds mogelijk is. Daarom zetten we ons samen met Menzis en i2i in om best practices te identificeren, vooral in het voor- en natraject. Dat doen we samen met de aanbieders van bariatrische zorg. We faciliteren spiegelrapportages en organiseren spiegelbijeenkomsten. Aanbieders gaan vervolgens op basis van deze informatie met elkaar in gesprek om het verbeterpotentieel te onderzoeken en de opgedane inzichten in praktijk te brengen.

3.9.8 Minimumnormen beroepsgroepen en selectieve inkoop

Minimumnormen

Voor 2022 houden wij bij onze zorginkoopafspraken rekening met de minimumnormen die de beroepsgroepen vaststellen.

Selectieve inkoop

CZ groep koopt de zorg voor een select aantal aandoeningen al enkele jaren in bij aanbieders die voldoen aan onze kwaliteitsvoorwaarden. Ook voor 2022 doen we dit voor borstkankerzorg, infectieprothesiologie, schisis en Mohs' micrografische chirurgie. Voor de inkoop van deze zorg stellen we voor 2022 geen aanvullende eisen. We hebben een **verantwoordingsdocument** opgesteld waarin we de keuze voor de indicatoren en de normering toelichten (voor borstkankerzorg staat dit in het document **Op Weg Naar Gepersonaliseerde Borstkankerzorg**). 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 juli 2021 op de hoogte.

3.10 Toegang tot de zorg

De covid-pandemie heeft nogmaals aangetoond hoe belangrijk een goede toegang tot de zorg is. Maar ook dat de grenzen van de huidige capaciteit in beeld kunnen komen met alle gevolgen van dien. Reguliere (planbare) zorg werd afgeschaald om de acute (covid)zorg overeind te houden. Met lange wachttijden voor deze afgeschaalde zorg tot gevolg.

De vraag is: wie heeft in een dergelijke situatie welke rol en verantwoordelijkheid? En hoe zit dat bij bijvoorbeeld faillissementen en complexe zorgvragen? Vanwege onze naturaverzekeringen hebben wij een zorgplicht naar onze verzekerden. Wij doen er alles aan om deze zo goed mogelijk in te vullen. Maar lang niet altijd is duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is en wie daar ook invloed op heeft. Daarom zijn wij blij met het NZa-rapport '**De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars**'. Hierin wordt beschreven wat in diverse situaties van zorgverzekeraars verwacht mag worden. De volgende thema's worden in het rapport genoemd:

- wachttijden;
- discontinuïteit van zorg;
- complexe diagnostiek;
- toekomstig bestendig zorglandschap;
- catastrofe.

Het thema 'wachttijden' ligt het dichtst bij onze reguliere zorginkoopfunctie. Daarom geven wij hieronder aan hoe wij daar invulling aan geven. Bij de andere thema's nemen wij in voorkomende gevallen onze rol en verantwoordelijkheid om de toegang tot de zorg voor onze verzekerden zo veel mogelijk te blijven garanderen.

Wachttijden

De wachttijden voor de medisch specialistische zorg vragen ook komend jaar de aandacht. 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 voeren dan ook een periodieke en actieve monitoring uit van de klinische en poliklinische wachttijden per specialisme, per zorgaanbieder en per regio. In voorkomende gevallen bemiddelen we patiënten desgewenst naar een andere zorgaanbieder. Daarnaast stellen wij

in kwaliteitsbesprekingen met ziekenhuizen in ons kernwerkgebied de wachttijden aan de orde en maken hier waar nodig afspraken over.

Bij structurele overschrijdingen onderzoeken we de achterliggende oorzaken en maken we werk van oplossingen:

- We bekijken altijd eerst of bemiddeling naar een andere zorgaanbieder in de regio mogelijk is. CZ groep heeft een Zorgteam, dat bestaat uit adviserend verpleegkundigen. Zij kunnen verzekerden in specifieke situaties helpen en bemiddelen naar een andere zorgaanbieder.
- Mocht dit niet het geval zijn, dan bespreken we dit met de zorgaanbieder en bekijken we of we samen tot een oplossing kunnen komen.
- Wanneer blijkt dat de problemen veroorzaakt worden door financiële zorginkoopafspraken, dan onderzoeken wij of we deze op kunnen lossen door een vorm van 'bij-contracteren'. Daarbij beoordelen we de toegang- en behandel-tijden op regionaal niveau en niet op het niveau van de individuele zorgaanbieder.
- Bij hardnekkige problemen is soms niet direct een oplossing voorhanden, zoals bij structurele 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.

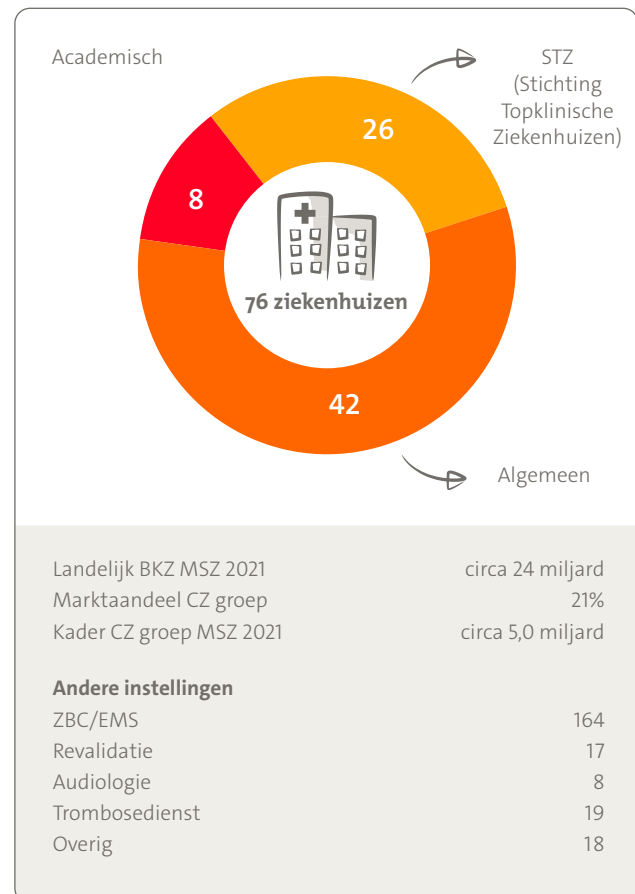
Van zorgaanbieders verwachten wij dat zij hun wachttijdinformatie op hun website publiceren en deze actueel houden. Zo kunnen wij actie ondernemen wanneer deze tijden regionaal overschreden worden. Parallel hieraan brengen wij de NZa proactief op de hoogte van hardnekkige knelpunten.

Ook de overheid heeft een belangrijke verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van de zorg. Onder meer door het creëren van voldoende opleidingsplaatsen voor medisch specialisten en ander zorgpersoneel. Zonder voldoende zorgpersoneel lopen de wachttijden in de zorg immers snel op, zoals we ook nu ondervinden bij diverse vakgebieden als oogheelkunde en maag-darm-lever. We vinden het dan ook spijtig om

te vernemen dat de minister onlangs heeft besloten om niet in te stemmen met het advies van het Capaciteitsorgaan om meer medisch specialisten, physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten (VS) op te leiden. Reden is dat de financiële middelen hiervoor zouden ontbreken. Dit besluit kan gevolgen gaan krijgen voor de wachttijden.

3.11 Kosten van de zorg

2021: Gecontracteerde instellingen



3.11.1 Omzetplafond

Ook voor 2022 hanteren wij een omzetplafond om de kosten te beheersen. Wij vinden dat de marktprijzen een gebrekkige relatie hebben met de werkelijke kosten. 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. Voor de klinisch chemische en medisch microbiologische onderzoeken (zie paragraaf 3.12) komt per 2022 een nieuwe categorie (categorie 6). Alle producten die niet vallen onder categorie 1, 2, 3, 5 of 6 zijn ondergebracht in categorie 4. Voor de producten in categorie 4 geldt volledige substitutievrijheid binnen het overeengekomen omzetplafond. Wel gaan wij ervan uit dat dit omzetplafond passend is voor de hele zorgvraag en dat de zorgaanbieder ook patiënten in zorg blijft nemen als dit plafond bereikt wordt. In bijzondere gevallen en bij onvoorziene omstandigheden is CZ groep bereid om te bespreken of de afspraken onredelijk uitpakken 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 luidt voor 2022 als volgt.

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
- 6 Laboratoriumonderzoeken KCLMMB: deze zorg is niet substitueerbaar met andere deelplafonds

De concrete beschrijving van de categorie-indeling en de codering van de volumespeerpunten voor de categorieën 1 tot en met 3 en 6 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 afzonderlijke 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.

Gevolgen van de covid-pandemie

De covid-pandemie heeft grote invloed op de productiecijfers van de zorgaanbieders voor 2020 en 2021. Deze cijfers liggen veel lager dan normaal. In het gesprek over de omzetplafonds voor 2022 kijken we daarom met een reële blik naar de productieontwikkeling van de afgelopen jaren, de regionale context en de samenhangende prijsstelling. Daarbij gaan wij ervan uit dat eventuele inhaalzorg volledig in 2021 is gerealiseerd.

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 2022 voor om de verzekerdenmutaties op basis van de Vektis-systematiek te verwerken in de afzonderlijke plafondafspraken. Dit is conform de landelijke besluitvorming.

3.11.2 Prijs en volume van de zorg

In het HLA zijn afspraken gemaakt om de volumegroei van de medisch specialistische zorg te beperken. Voor 2022 is afgesproken om een nulgroei te hanteren. Binnen de afgesproken financiële kaders moet dus alle zorg gecontracteerd worden: DBC-zorgproducten, overige zorgproducten én 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 zelfstandige behandelcentra (ZBC's) om periodiek hun realisatie- en prognosecijfers aan te leveren via een vast format. Zo hebben wij 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 2022 beoordelen wij aan de hand van prijsinformatie uit het verleden en andere ingediende offertes voor 2022. 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.

3.12 Eerstelijnsdiagnostiek (ELD)

De afgelopen jaren heeft CZ groep een specifiek zorginkoopbeleid gehanteerd voor eerstelijnsdiagnostiek. Deze lijn zetten we in 2022 voort. Voor de eerstelijns functieonderzoeken, de eerstelijns pathologische onderzoeken, de eerstelijns beeldvormende diagnostiek en de eerstelijns nucleaire onderzoeken beoordelen we de offertes aan de hand van onze maximumtarieven. De lijst met deze tarieven publiceren wij op 25 mei 2021.

Vanaf 2022 benaderen wij de contractering van eerstelijns klinisch chemische en medisch microbiologische onderzoeken (KCLMMB) als een aparte inkoopcategorie (categorie 6). Instellingen krijgen twee voorstellen:

- een voorstel voor een driejarige afspraak KCLMMB die is gebaseerd op een niet-onderhandelbaar aanbod, en
- een voorstel voor een eenjarige verlenging van de afspraak KCLMMB.

Iedere zorgaanbieder die in 2021 is gecontracteerd voor KCLMMB, ontvangt op 25 mei 2021 beide voorstellen. Hij mag hier zelf een keuze in maken.

Ook de zorgaanbieders die een afspraak hebben die doorloopt tot en met 2022 of 2023 krijgen een aanbod voor een driejarige afspraak. Daarin worden de afspraken voor 2022 en 2023 gerespecteerd en aangevuld met een

aanbod voor 2023 en 2024. Als zij dit aanbod accepteren, dan wordt de lopende afspraak KCLMMB voor 2022 en 2023 beëindigd en vervangen door de driejarige afspraak KCLMMB die tot en met 2024 loopt. De contracteerruimte KCLMMB van aflopende meerjarige overeenkomsten kopen wij na het einde van de looptijd selectief in.

Als een zorgaanbieder zich niet kan vinden in het aanbod voor de driejarige afspraak of zich niet wil vastleggen voor een langere periode, dan kan hij ook kiezen voor een eenjarige afspraak. De contracteerruimte KCLMMB van de aanbieders die kiezen voor de eenjarige afspraak, kopen we vanaf 2023 selectief in. Uitgangspunt is dat CZ groep 2022 weer beschouwt als een 'normaal' jaar. Zorgaanbieders die in 2021 niet onder de landelijke Regeling MSZ 2021 vallen voor 2022 bieden we een eenjarige verlenging aan van de huidige afspraak 2021. Instellingen die in 2021 wel onder de landelijke Regeling MSZ 2021 vallen, bieden we voor 2022 ook een eenjarige verlenging van de huidige afspraak aan. Daarbij geldt wel dat de tariefstellingen die in 2021 zijn vastgelegd niet hoger liggen dan onze maximumtarieven voor 2021. Is dit wel het geval, dan beperken wij het verlengingsaanbod voor de eenjarige afspraak tot onze maximumtarieven voor 2021.

Nadat wij onze voorstellen bekend hebben gemaakt, kunt u vragen stellen over ons aanbod. Uiterlijk op 1 augustus 2021 willen wij uw keuze weten: wordt het een driejarige of een eenjarige afspraak? Meer informatie over de voorwaarden en het tijdpad vindt u in het **zorginkoopbeleid Eerstelijnsdiagnostiek 2022**.

3.13 Revalidatie, trombose-diensten, audiologische centra en ambulancezorg

CZ groep sluit ook overeenkomsten met de aanbieders van revalidatiezorg, trombosediensten, audiologische centra, ambulancediensten en de aanbieders van zorg voor zintuiglijk gehandicapten. Daarbij hanteren we de criteria uit dit zorginkoopdocument en de hieronder geschetste beleidslijnen. Voor 2022 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 dit

zorginkoopbeleid en volgt de daarbij geldende procedures en het genoemde tijdpad.

Revalidatie

Ook de revalidatiesector verandert. Het aantal patiënten met multimorbiditeit en een verhoogde complexiteit van de zorgvraag neemt toe. Daarnaast heeft de sector te maken met een toenemend aantal ouderen en een hogere levensverwachting. Hierdoor neemt de financiële druk op de sector toe en daarmee ook de noodzaak om de patiënt de Juiste Zorg op de Juiste Plek te bieden. Dit vraagt om meer aandacht voor ketensamenwerking in de revalidatiesector. CZ groep wil dat daarbij niet alleen gekeken wordt naar verbeteringen binnen de medisch specialistische zorg. Wij willen ook aandacht voor de mogelijkheden voor substitutie of transitie van zorg naar de eerste lijn. We hechten waarde aan de toepassing van het stepped-care-principe en verbeterde ketensamenwerking om te bevorderen dat de patiënt op de juiste plaats passende zorg krijgt. CZ groep is actief betrokken bij verschillende initiatieven die deze ketensamenwerking verder vormgeven.

In 2020 zijn we met een beperkt aantal zorgaanbieders een driejarige pilot gestart voor multidisciplinaire eerstelijns revalidatiezorg (MER) voor patiënten met chronische pijn. Met deze ontwikkeling verbreden we het aanbod in de revalidatiezorg. Zo kunnen meer patiënten met chronische pijn en complexe klachten de zorg krijgen die zij op dat moment nodig hebben. Dichter bij huis, eerder, efficiënter en vaak ook goedkoper. Wanneer de resultaten goed zijn, rollen we deze aanpak verder uit.

Wij kopen zorg in die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze zorg moet ook voldoen aan de randvoorwaarden uit het algemene beroepskader revalidatiezorg, de actuele behandelkaders en de zorgstandaarden voor specifieke doelgroepen.

In het HLA voor de medisch specialistische zorg – waar de medisch specialistische revalidatiezorg ook deel van uitmaakt – is voor 2022 geen volumegroei beschikbaar gesteld. Dit betekent dat we goed moeten kijken naar de verdeling van de gelden binnen de revalidatiesector. Zorgaanbieders staan voor de uitdaging om de volumegroei te beperken, terwijl de zorgvraag toeneemt. We zetten dan ook in op zorgafspraken met reële volumes tegen reële prijzen, die zijn gebaseerd op marktprijzen. Meer groei voor de revalidatie betekent per definitie een krimp voor andere sectoren. Dat is alleen acceptabel als

alle andere mogelijkheden binnen de revalidatiesector zelf zijn uitgeput. Wij willen dan ook kijken naar mogelijkheden om met de bestaande middelen meer patiënten te helpen. Aan de hand van declaratiegegevens zien wij bijvoorbeeld verschillen in de behandelintensiteit die onvoldoende verklaard en onderbouwd worden. Hier liggen wellicht mogelijkheden voor verbeteringen. Voor 2022 maken wij dit onderwerp van de lokale overleggen.

Trombosediensten

De trombosediensten zitten momenteel in een fundamentele transitie. De toenemende inzet van nieuwe medicatie (DOAC's) als behandelmethodes vraagt om een andere positie van de trombosedienst binnen de keten. Daar kunnen ze langs verschillende wegen komen. De afgelopen jaren hebben we gezien dat veel zelfstandige trombosediensten gekozen hebben voor een bovenregionale opschaling met één of meer trombosediensten of huisartsenlaboratoria óf dat de regionale dienstverlening is voortgezet onder de vlag van een ziekenhuis. CZ groep vindt deze ontwikkeling cruciaal om de dienstverlening van de trombosediensten toekomstbestendig te houden. We houden de ontwikkelingen nauwlettend in de gaten. Daarbij sturen wij actief op initiatieven voor mogelijke transitie, 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

Steeds meer mensen krijgen te maken met gehoorproblemen. Om de 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 medisch 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 niet zo lang onderdeel van het verzekerde pakket. Daarom willen wij deze afspraken apart kunnen monitoren. Afspraken voor tinnituzorg worden daarom binnen audiologische centra gecontracteerd in een apart omzetplafond. Heeft een zorgaanbieder een hogere omzet voor tinnituzorg gerealiseerd dan het afgesproken plafond? Dan kan dit gesubstitueerd worden vanuit het reguliere omzetplafond als daar nog ruimte is. Een lagere omzet voor tinnituzorg 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.

In 2021 is de nieuwe wet op de Ambulancezorg in werking getreden. De belangrijkste inhoudelijke wijziging is dat de ambulancediensten per 1 januari 2021 verantwoordelijk zijn voor het vervoer van personen met verward gedrag. Dit wordt regionaal op verschillende manieren ingevuld door de RAV zelf of door onderaannemers. Als zorgverzekeraars onderzoeken we of we op basis van de kwaliteit en/of de kosten op termijn actiever willen sturen op een van beide oplossingsrichtingen.

3.14 Zintuiglijk gehandicapten

De zorg voor zintuiglijk gehandicapten heeft vanwege het multidisciplinaire karakter raakvlakken met de medisch specialistische zorg. Daarom hebben wij ervoor gekozen om de beleidsuitgangspunten en de zorginkoopvoorwaarden in dit document op te nemen.

CZ groep koopt voor de zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG-zorg) kwalitatief goede zorg in. Het is daarbij belangrijk dat de zorg toegankelijk, effectief en doel-

matig is en dat zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van digitale zorgtoepassingen. De zorg moet dicht bij de verzekerden geleverd worden als dit niet leidt tot veel meer kosten of een mindere kwaliteit.

In 2021 monitoren we de (financiële) effecten van de nieuwe bekostigingsstructuur. Deze nieuwe structuur biedt meer transparantie, uniformiteit en doelmatigheid. Vanwege covid heeft 2020 ons niet de verwachte inzichten gegeven. Daarom willen we 2021 gebruiken om deze inzichten alsnog te krijgen, zodat we beter met elkaar in gesprek kunnen voor 2022. We zien het als een gezamenlijke opdracht om binnen de financiële kaders de eventuele groei zo veel mogelijk op te vangen door andere vormen van zorg te bieden en door zorg efficiënter en goedkoper in te zetten. Vanwege bovenstaande ontwikkelingen zetten wij voor 2022 in op een eenjarige overeenkomst.

De voorwaarden om in aanmerking te komen voor een contract vindt u in paragraaf 3.3 en bijlage 2.

3.15 Buitenland

CZ groep sluit al jaren contracten met ziekenhuizen 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 wegleffect naar het buitenland. Verder maken we net als in Nederland waardegedreven zorgafspraken over de aandoeningen borstkanker, bariatric en schisis. Ziekenhuizen die niet voldoen aan de normen uit het verantwoordingsdocument (voor borstkankerzorg staat de norm in het document **Op Weg Naar Gepersonaliseerde Borstkankerzorg**), worden voor de behandeling van deze aandoeningen niet gecontracteerd. Datzelfde geldt voor zorg waarvoor de Nederlandse wetenschappelijke beroepsverenigingen van medisch specialisten minimale volume- en kwaliteitsnormen hebben vastgesteld (zie paragraaf 3.9).

CZ groep overweegt om de contractering van Belgische ziekenhuizen vanaf 2022 gedifferentieerd te benaderen.

Daarbij willen we onderscheid maken in voor CZ groep strategische en operationele ziekenhuizen. Met strategische ziekenhuizen⁵ willen we de mogelijkheden van (meerjaren)afspraken bespreken. Bij operationele ziekenhuizen⁶ maken we opnieuw de afweging of er voldoende meerwaarde is voor de zorgplicht om ook in 2022 een overeenkomst te sluiten. Vóór 1 juli 2021 komen we met een nadere invulling van dit voornemen. Vóór 1 september 2021 bespreken wij dit met de ziekenhuizen die wij momenteel gecontracteerd hebben.

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 groep gebruikmaken van de ziekenhuiszorg in de Duitse grensregio.

3.16 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.

⁵ Met strategische ziekenhuizen bedoelen we: de zorgaanbieder is belangrijk vanuit zijn topklinische, academische, acute functie voor de vervulling van de zorgplicht van CZ groep.

⁶ Met operationele ziekenhuizen bedoelen we: de zorgaanbieder is niet onmisbaar vanuit het oogpunt van zorgplicht en/of de schadelast voor CZ groep is klein.

Proces contractering 2022

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 2021	Fase 1: Voorbereiden, formulieren en publiceren door CZ groep van het zorginkoopbeleid 2022
Uiterlijk 15 juni 2021	Fase 2: Indienen van de offerte door zorgaanbieders in het VECOZO Zorginkoopportaal ⁷
Uiterlijk 1 juli 2021	Fase 3: Beoordelen van de offerte door CZ groep en start van de onderhandelingen
Uiterlijk 1 november 2021	Fase 4: Afronden van de onderhandelingen en formele vastlegging van de voorwaarden en financiële afspraken
Uiterlijk 12 november 2021	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 2022. 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. Voor de ZG-instellingen geldt de huidige procedure dat de offerte via de mail kan worden ingediend. 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 vervolprocedure.

Fase 4

Wij willen uiterlijk op 1 november overeenstemming bereiken voor 2022 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 2022 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 (uitvragen.zp.vecozo.nl). Daarnaast stuurt u als nieuwe aanbieder voor 2022 ook een offerte in termen van p x q. De vragenlijst, de businesscase en de offerte kunt u tot

⁷ Voor Eerstelijnsdiagnostiek verwijzen wij u naar de voorwaarden en het tijdpad in het document Zorginkoopbeleid Eerstelijnsdiagnostiek 2022.

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 2022

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 (niet van toepassing voor ZG-instellingen). 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 zorginkoop.

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 2022. 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.

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 onze verzekerden dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiënten(organisaties) 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 de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het **transparantiedocument**. Wat de sector medisch specialistische zorg heeft bereikt door patiënten(organisaties) en verzekerden te betrekken bij het vormgeven van dit zorginkoopbeleid, leest u hieronder in paragraaf 5.2.

5.2 Specifiek beleid medisch specialistische zorg

Ons zorginkoopbeleid voor 2021 hebben wij uitvoerig besproken met Zorgbelang. Zij staan achter de algemene visie en de uitgangspunten die CZ groep hierbij hanteert. Over diverse afzonderlijke onderwerpen heeft Zorgbelang adviezen gegeven, die wij meenemen in ons zorginkoopbeleid.

CZ groep betreft bij de totstandkoming van specifieke onderdelen van het zorginkoopbeleid voor 2022 de betreffende patiëntenorganisaties. Voorbeelden hiervan zijn de zorg bij prostaatkanker, maag- en slokdarmkanker, nier- en blaaskanker en moleculaire diagnostiek. De Prostaatkankerstichting en de Stichting voor Patiënten

met Kanker aan het Spijsverteringskanaal (SPKS) gaan zelfs deel uitmaken van de expertraden van Egidius Zorgconcepten, die dit jaar worden ingesteld. Daarmee worden zij mede-uitvoerder van de gezamenlijk vastgestelde visie en hebben ze directe inbreng en invloed op een betere kwaliteit van zorg.

Voor andere aandoeningen, waar de inhoudelijke visie nog verder gestalte moest krijgen, hebben wij andere patiëntenorganisaties geraadpleegd en om advies gevraagd. Zo is bij onze visie op moleculaire diagnostiek bij longkanker nauw overleg geweest met Longkanker Nederland. We hebben ook een aantal aspecten opgepakt die waren aangereikt door patiëntenvereniging Transvisie. Denk aan het meer decentraal, binnen netwerken, inkopen van transgenderzorg. Verder kopen we extra zorg in naast de zorg die in de UMC's geleverd wordt.

Daarnaast zoeken we voortdurend 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. Tegelijk constateren wij dat de covid-19-pandemie ons streven naar meer contact met de patiëntorganisaties behoorlijk onder druk heeft gezet.

Ten slotte betrekken we op diverse plekken de patiëntenorganisatie bij de regionale overlegtafel, waar discussies worden gevoerd over de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders. De patiëntenorganisatie heeft hierbij een robuuste positie gekregen.

Behandelingen die zijn uitgesloten van vergoeding

Uitgesloten van het contract is medisch specialistische hulp die niet conform de Zorgverzekeringswet (Zvw) is. Een van de criteria die daaruit voortkomt, 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 door bijvoorbeeld Dynesis, X-stop, Coflex, DIAM-systeem
- Minimaal invasieve chirurgie voor een lumbale wervelkanaalstenose
- Facetgewrichtinfiltraties bij chronische lage rugklachten
- Radiofrequentie denervatie bij chronische rugklachten
- Extracorporeel Shock Wave Therapy (ESWT) bij schouderklachten
- Extracorporeel Shock Wave Therapy (ESWT) bij een fasciitis plantaris
- Extracorporeel 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
- Knie Distractie bij volwassen patiënten jonger dan 65 jaar met end-stage knieartrose
- 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), elektrische (corticale) stimulatie en andere vormen van neuromodulatie bij tinnitus
- Cochleair implantaat bij tinnitus
- Microvasculaire decompressie bij tinnitus
- Radiofrequente ablatie (RFA), Laser-induced interstitiële thermotherapie (LITT) en/of Transarteriële chemo-embolisatie (TACE) bij levermetastasen (uitgezonderd TACE als palliatieve behandeling in een salvagesetting van niet-resecteerbare 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 funduplicatie 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 therapieresistente 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

Voorwaarden voor een contract 2022

Algemeen

- De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Een instelling zoals bedoeld in de Wtza moet beschikken over een vergunning voor het verlenen van medisch specialistische zorg. 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 (Transparantiekalender verslagjaar 2021 | Zorginzicht).

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 twee 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 in aanmerking voor een overeenkomst 2022 met CZ groep komt 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 (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.

Transitiemiddelen

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. De transitiemiddelen zijn (tijdelijk) beschikbaar in het macrokader en worden vanuit premieopbrengsten gefinancierd. Daarom moeten de effecten van de veranderingen volstrekt duidelijk zijn en passen bij een meerjarenvisie van de instelling die de Juiste Zorg op de Juiste Plek onderschrijft. Om voor de toekenning van transitiemiddelen in aanmerking te komen, moeten initiatieven aan de volgende uitgangspunten voldoen:

- De beschreven initiatieven dragen bij aan de transformatie, zoals beschreven in het rapport van de Taskforce 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'.
- De initiatieven passen in het gedeelde meerjarenperspectief en het portfolio van de aanbieder.
- Voor de aanvraag en het initiatief is minimaal één zorgaanbieder van medisch specialistische zorg en één zorgverzekeraar partij.
- De initiatieven zijn substantieel van aard en hebben een blijvend effect.
- De zorgkosten die de initiatieven besparen, worden (in beginsel) niet opgevuld door andere zorg bij de aanbieder.
- Er is inzichtelijk gemaakt hoe en welke organisatiekosten worden afgebouwd om een omzetzaling voor de betreffende zorg ook houdbaar te kunnen laten zijn.
- Bij de verplaatsing van zorg buiten de instelling is inzichtelijk gemaakt wat de benodigde aanvullende zorgkosten voor die aanbieders zijn.
- De financiële effecten van de aanvraag zijn gevat in een positieve en integrale businesscase, die ook aantoont dat de geïnvesteerde transitiemiddelen binnen een termijn van uiterlijk 2 jaar zijn terugverdiend. Hierop is ook schriftelijk akkoord en commitment van de VMS / het MSB.

Bovenstaande voorwaarden moeten in een plan staan waarin ook de inhoudelijke voornemens en de integrale businesscase zijn opgenomen. In dit plan moeten daarnaast de verwachte resultaten staan en de tijdslijnen voor de mijlpalen en eindpunten van de initiatieven. Verder wordt de (samenhangende) organisatie van de transformatie inzichtelijk gemaakt en de manier hoe CZ groep betrokken wordt bij de voortgang.

We vertalen de effecten van de geaccordeerde initiatieven naar jaarlijkse omzetafspraken met de instelling (en eventueel externe samenwerkingspartners). Voor de instellingen waar 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 we het akkoord tussen de betreffende instelling 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 2022. 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 zorginkoopafpraak voor 2022 verwerkt worden. Hierover moet vóór 1 november overeenstemming bereikt zijn.

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 2022 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 onnodige 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.

Volumespeerpunten 2022

Categorie 1 en 2

Ook voor 2022 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 tussen categorie 1 en 2 is overigens ook niet mogelijk.

Categorie 3 (nieuw overgeheveld) dure geneesmiddelen

In deze categorie vallen zorgproducten die recent zijn overgeheveld vanuit het extramurale geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) naar het budgettair kader voor medisch specialistische zorg én waar een add-on voor is gecreëerd. Voor 2022 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.

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 vervolgsafspraken. 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, 5 of 6 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.

Categorie 6

Voor 2022 hanteren we een strikte omzetafpraak voor de klinisch chemische en medisch microbiologische onderzoeken (KCLMMB). Dit doen we omdat we per 2022 de inkoop van deze zorgcategorie op een aangepaste manier insteken. Voor deze producten (OVP's) hanteren we dus een apart omzetdeelplafond. Omzetsubstitutie binnen categorie 6 is mogelijk, maar omzetsubstitutie van categorie 6 met zorg uit andere categorieën is niet mogelijk.

Korte omschrijving	Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3	Categorie 6
Amandelen	x			
Benigne Prostaat Hypertrofie	x			
Cataract	x			
Galblaasverwijdering	x			
Heupvervangning	x			
Knievervangning	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 01-01-2022**			x	
Laboratoriumonderzoeken KCLMMB				x

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

** Er is (nog) geen overheveling (bekend) per 1-1-2022.

Categorie 1': Speerpunten

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 ooglenzen	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	Heupvervangning
15B062	131999104	Inbrengen van een knieprothese tijdens een ziekenhuisopname bij slijtage van de knie	Knievervangning
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-2022.

Categorie 2': Speerpunten

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	Carpaaltunnelsyndroom
15E304	069499006	Operatieve ingreep bij carpaaltunnelsyndroom	Carpaaltunnelsyndroom
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 netvliesaanandoening 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

* Onder voorbehoud van wijzigingen in de definitieve productstructuur-2022.

Vervolg Categorie 2* : Speerpunten

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

* Onder voorbehoud van wijzigingen in de definitieve productstructuur-2022.

Vervolg Categorie 2* : Speerpunten

Declaratiecode	Zorgproductcode	Omschrijving	Toelichting
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
15B344	210301004	Plaatsen van een spiraal ter voorkoming van zwangerschap	Plaatsen IUD
15E921	129999099	Maximaal vijf behandelingen met compressie-therapie bij een open been/ doorligwond/ aandoening van huid of onderhuids bindweefsel	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 echogeleiding 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-2022.

Categorie 3*: Overgehevelde dure geneesmiddelen 2022

Middel	Declaratiecode	Omschrijving
Voor 2022 heeft VWS een overheveling aangekondigd van de immunoglobulinen. Definitieve besluitvorming volgt.		

* Onder voorbehoud van wijzigingen in de definitieve productstructuur-2022.

Categorie 6*: Klinische Chemie en Medisch Microbiologische onderzoeken (KCLMMB)

Middel	Declaratiecode	Omschrijving
Alle OVP's beginnend met 07... behoren tot categorie 6		

* Onder voorbehoud van wijzigingen in de definitieve productstructuur-2022.



Zorg die verder gaat