

Medisch specialistische zorg
Zorginkoopbeleid
2022

Zorginkoopbeleid 2022

Medisch Specialistische Zorg

Inhoud

1.	Wijzigingen ten opzichte van 2020	2
2.	Zorg en Zekerheid: een regionale zorgverzekeraar	2
3.	Beleid en inkoopcriteria	2
3.1	Speerpunten	2
3.1.1	Kwaliteit: De Juiste zorg	2
3.1.2	Doelmatigheid: zorg op de juiste plek	3
3.1.3	Doelmatigheid: zorg op het juiste moment	4
3.1.4	Doelmatigheid: dure en weesgeneesmiddelen	5
3.2	Soorten overeenkomsten	5
3.3	Tariefstelling	6
3.4	Voorwaarden (nieuwe) aanbieders – minimeisen	6
3.4.1	Ziekenhuis	6
3.4.2	Zelfstandige behandelcentra (ZBC's)	7
3.4.3	Dialysecentra	7
3.4.4	Eerstelijns diagnostische centra (EDC's)	7
3.4.5	Medisch specialistische revalidatie (MSR)	8
3.4.6	Trombosediensten	9
3.4.7	Audiologische Zorg	9
3.4.8	Radiotherapie	10
3.5	Naleving en controle	10
4.	Wijze van contracteren en planning	10
4.1	Procedure	10
4.2	Planning	11
5.	Bereikbaarheid	11

1. Wijzigingen ten opzichte van 2020

De beleidswijzigingen zijn:

- Er is een passage over ziekenhuis verplaatste zorg toegevoegd waaruit blijkt hoe Zorg en Zekerheid hier tegenaan kijkt en wanneer wij dit willen ondersteunen, namelijk wanneer ten minste afspraken gemaakt worden tussen ziekenhuis, thuiszorgaanbieder en zorgverzekeraar én dat er sprake is van een positieve businesscase.
- Voor ZBC's zijn twee extra eisen toegevoegd ten aanzien van medisch specialisten in relatie tot de ziekenhuizen waar zij werkzaam zijn. Zie 3.4.2 zesde bullit.
- In 2022 worden alle afspraken via VECOZO zorgportaal gedaan.
- In 2022 koopt Zorg en Zekerheid de audiologische hulp in bij bestaande zorgaanbieders om zo de zorgcontinuïteit en de zorgplicht te borgen. Met bestaande zorgaanbieders bedoelen we de zorgaanbieders die in 2021 audiologische hulp hebben geleverd en hiervoor waren gecontracteerd.

Wijzigingen per 1 juli 2021

- Transformatiegelden zetten wij onder voorwaarden ook in buiten onze kernregio.

2. Zorg en Zekerheid: een regionale zorgverzekeraar

Voor u ligt het Zorginkoopbeleid MSZ 2022. In dit document beschrijven wij op welke wijze, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid de MSZ zorg voor 2022 inkoop. Dit zorginkoopbeleid geldt als aanvulling op het Algemeen Inkoopbeleid en specifiek voor MSZ.

Zowel binnen als buiten onze kernregio kunnen onze verzekerden rekenen op passende medisch specialistische zorg. Onze zorginkoop richt zich erop met instellingen voor medisch specialistische zorg afspraken te maken over een marktconform prijsniveau in combinatie met een reëel volume op zorgproductniveau. Het landelijk Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019-2022 biedt daarbij de kaders van ons inkoopbeleid.

Daarnaast werken we in onze kernregio samen met de zorgaanbieders aan de kwaliteit en de beheersing van kostenoprijvende elementen in en tussen de zorgaanbieders. Zorg en Zekerheid wil een betrouwbare partner zijn die een helpende hand biedt en afspraken maakt die recht doen aan wederzijdse belangen.

Wij maken buiten onze kernregio geen aanvullende of afwijkende (financiële) afspraken. Wij kopen buiten onze kernregio efficiënt in, waarbij het inkoopproces zoveel mogelijk digitaal verloopt.

3. Beleid en inkoopcriteria

3.1 Speerpunten

3.1.1 Kwaliteit: De Juiste zorg

De juiste zorg voor onze verzekerden is kwalitatief hoogwaardig en draagt positief bij aan de ervaren gezondheid. Dat houdt onder andere in dat niet alles wat medisch-technisch kan, ook het beste voor de patiënt is. De juiste zorg waarop de patiënt is aangewezen, voldoet aan wetenschappelijke inzichten over effectiviteit en doelmatigheid en sluit aan bij de behoefte van onze verzekerden. Het spanningsveld hierbij is dat de behoefte niet altijd gelijk is aan de wens van de (mondige) patiënt. Wij denken dat het voor het realiseren van de juiste zorg nodig is dat de zorgverlener in gesprek gaat met de patiënt, zodat uiteindelijk die zorg wordt verleend die het beste resultaat oplevert.

Bij het inkopen van zorg kijken we jaarlijks naar de lijst met behandelingen die niet voldoen aan het criterium Stand van Wetenschap en Praktijk. Deze lijst vindt u [HIER](#). Voor de behandelingen op deze lijst behouden we ons het recht voor om

machtigingen in te voeren. Daarnaast maken wij afspraken met instellingen over hoe wij samen invulling geven aan de ruim honderd onderwerpen op de implementatieagenda van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG).

Ook kijken we naar de minimumnormen die de wetenschappelijke verenigingen stellen. Als instellingen niet voldoen aan de minimumnormen, kopen we de zorg daar niet in.

- Wij vinden het belangrijk dat zorgaanbieders handelen volgens de programma's "Doen of laten" en "Verbetersignalelementen Zinnige Zorg" van het Zorginstituut en "Verstandige keuzes" in het kader van gepast gebruik/doelmatige zorg van de Federatie Medisch Specialisten.
- Het is voor ons een voorwaarde dat het ziekenhuis deelneemt aan de relevante landelijke kwaliteitsregistraties (waaronder die van het DICA), maar ook dat deze resultaten voor ons beschikbaar komen.
- Wij zetten ons ervoor in dat zorgaanbieders transparant zijn over kwaliteit van zorg. Daarbij maken wij zoveel mogelijk gebruik van landelijke uitvragen om de belasting voor de zorgaanbieder zoveel mogelijk te beperken.
- Wij hanteren de landelijk vastgestelde minimumkwaliteitsnormen van de beroepsverenigingen. Hier wordt tijdens de contractering op gelet, maar ook achteraf door middel van materiële en formele controles.

Kwaliteitsafspraken in de regio

Wij voeren kwaliteitsoverleg met onze regionale zorgaanbieders. Hierin bespreken wij gezamenlijk de kwaliteit van zorg en maken verbeterafspraken als dat nodig is. Wij hanteren daarbij een brede definitie van kwaliteit. Hieronder verstaan wij niet alleen de objectieve, maar ook de subjectieve kwaliteit zoals de verzekerde die ervaart. Het gedachten goed van positieve gezondheid is hierbij het uitgangspunt.

In onze kernregio maken we afspraken over positieve gezondheid en delen we inzichten die wij hebben over zorg die niet voldoet aan het criterium Stand van Wetenschap en Praktijk. Ook als wij onverklaarbare afwijkingen zien van de richtlijnen gaan wij in gesprek. Tevens beoordelen wij de gegevens over praktijkvariatie, met name op het afwijken van het landelijk gemiddelde en van voorgaande jaren en bespreken zo nodig de behaalde resultaten.

Samen met de zorgaanbieders in onze kernregio definiëren we een top drie voor verbetering en maken hierover maatwerkafspraken. Leidend principe is dat we met de zorgaanbieder een verbetertraject vaststellen binnen een realistische periode. Mocht het niet lukken om de gewenste verbetering te realiseren, dan maken wij nadere afspraken. Daarbij behoort ook het verlagen van de prijs of uiteindelijk helemaal niet meer inkopen van die zorg tot de mogelijkheden.

3.1.2 Doelmatigheid: zorg op de juiste plek

Voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg

De essentie van zorg op de juiste plek is:

- voorkomen van (duurdere) zorg;
- vervangen van zorg (door andere zorg zoals E-health);
- verplaatsen van zorg (dichter bij mensen thuis).

Voorkomen

Zorg en Zekerheid maakt met aanbieders afspraken om te voorkomen dat mensen meer zorg krijgen dan gegeven hun zorgbehoefte wenselijk is. Wij zetten in op 'stepped care' en digitale zorg en willen investeren in het goede gesprek tussen verzekerde en medisch specialistische zorgverlener.

Vervangen

Nu de zorgvraag toeneemt en het aantal mensen dat in de zorg werkt door de vergrijzing relatief afneemt, is ook het vervangen van de huidige manier van zorgverlening noodzakelijk. Daarbij is niet het zorgaanbod leidend, maar de patiënt en zijn of haar zorgbehoefte. Daarnaast zet Zorg en Zekerheid in op het verminderen van het aantal te voorkomen verwijzingen die onnodig druk leggen op de zorgverleners in de tweede lijn. Hierover maken wij in onze kernregio afspraken onder andere over teleconsultatie voor huisartsen.

Een andere manier van zorg organiseren met inzet van digitale middelen brengt zorg dichterbij de patiënt. Hiervoor zien wij een aantal manieren:

- online contact met zorgverleners;
- monitoring op afstand;
- behandeling thuis;
- regie over het eigen zorgproces met hulp van een PGO (Persoonlijke Gezondheidsomgeving).

De inzet van digitale zorg is een belangrijke aanvulling op het betaalbaar en toegankelijk houden van zorg. Wij willen hierbij inzetten op bewezen effectieve interventies die aansluiten bij de zorgbehoefte van onze verzekerden. Voor het proces en de criteria voor het afspreken van innovaties verwijzen wij naar het Algemeen Inkoopbeleid.

Verplaatsen

Met ziekenhuizen in onze kernregio maken wij afspraken over zorgverschuivingen van de derde naar de tweede lijn en van de tweede naar de eerste lijn/digitale zorg/sociaal domein. Deze verschuivingen vinden alleen plaats op basis van aantoonbare, minimaal budgetneutrale overheveling en alleen als de doelmatigheid van zorg hierbij verbetert en de kwaliteit tenminste gelijk blijft.

Voor ziekenhuizen geldt dat Universitair Medische Centra (UMC) hoogcomplex en tertiaire zorg verlenen. Basiszorg (of niet-complexe, hoogvolume zorg) wordt verplaatst naar algemene ziekenhuizen. Deze verplaatsingen hebben al plaatsgevonden en wij blijven hierover in gesprek met UMC's en algemene ziekenhuizen. Basiszorg wordt in UMC's slechts beperkt ingekocht en alleen tegen vergelijkbare tarieven als in algemene ziekenhuizen en alleen als de zorg tijdig kan worden verleend.

Daarnaast maken we afspraken over taakherschikking binnen de medisch specialistische zorg. Taakherschikking kan een succesvol instrument zijn voor het leveren van doelmatige en kwalitatief goede zorg. Tevens draagt taakherschikking bij aan het werkplezier van zorgaanbieders.

Onder ziekenhuisverplaatste zorg verstaan wij de zorg die bij de patiënt thuis plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Een belangrijke randvoorwaarde voor een initiatief met betrekking tot ziekenhuis verplaatste zorg is dat er (ten minste) afspraken gemaakt worden tussen ziekenhuis, thuiszorgaanbieder en zorgverzekeraar én dat er sprake is van een positieve businesscase. Als wij als zorgverzekeraar niet betrokken zijn bij het tot stand komen van de afspraak, kunnen wij de financiering niet garanderen. Voor het indienen van een initiatief, zie ons Algemeen Inkoopbeleid.

3.1.3 Doelmatigheid: zorg op het juiste moment

Het is belangrijk dat onze verzekerden binnen de Treeknormen terecht kunnen. In de context van de huidige ontwikkelingen is dat voor zorgaanbieders een behoorlijke uitdaging. We blijven scherp monitoren waar wachtlijstproblematiek speelt. Als het nodig is maken we in onze kernregio verbeterafspraken met zorgaanbieders. Zorgaanbieders kunnen onze verzekerden ook verwijzen naar ons team Zorgadvies en Bemiddeling als de wachttijden in de instelling oplopen. Dit team zoekt dan samen met onze verzekerde naar een passende oplossing.

Innovatie en transformatie

Wij staan open voor een innovatief zorgaanbod. Zie hiervoor ons Algemeen Inkoopbeleid. Voor de inzet van transformatiegelden zoals benoemd in het Hoofdlijnenakkoord MSZ is Zorg en Zekerheid in de lead voor transformatieafspraken in de kernregio, waar wij marktleider zijn. Voor aanbieders van medisch specialistische zorg in onze kernregio, bekostigt Zorg en Zekerheid bij een positieve beoordeling de noodzakelijke kosten (tenminste) naar marktaandeel. Wij maken deze afspraken met instellingen waarbij wij een gedeeld meerjarenperspectief hebben op het realiseren van duurzame betaalbare zorg door middel van de juiste zorg op de juiste plek en die deze gelden nodig hebben om deze transitie te bekostigen. De gemaakte afspraken dragen ook bij aan de Positieve Gezondheid van onze verzekerden. Zorg en Zekerheid ondersteunt waar mogelijk de regionale aanbieders bij het aanhaken van de overige verzekeraars.

Buiten onze regio zetten wij transformatiegelden in waarbij wij andere verzekeraars volgen en bijdragen als ten minste drie andere verzekeraars met gezamenlijk tenminste 50% van het marktaandeel van dat ziekenhuis ook meedoen en de voor ZZ beschikbare financiële ruimte nog niet is overschreden. Hiermee past Zorg en Zekerheid haar beleid aan aan de landelijke ontwikkelingen rondom de transformatiegelden, door ook initiatieven afgestemd met andere zorgverzekeraars meer ruimte te bieden.

In onze regio Zuid-Holland-Noord is een pilot onder regie van de Regionale Ambulancevervoerder (RAV) gestart met een gezamenlijke triage door de meldkamer, huisarts en wijkverpleegkundige. Hierbij worden alle activiteiten gericht op het triëren, afstemmen, regisseren en bewaken van de uitvoering van de zorgverlening aan de patiënt met een acute zorgvraag, samen met de betrokken ketenpartners georganiseerd. De mate waarin de samenwerking omtrent triage verder kan worden opgepakt is echter afhankelijk van de ontwikkelingen rondom COVID-19.

3.1.4 Doelmatigheid: dure en weesgeneesmiddelen

Dure en weesgeneesmiddelen

Dure en weesgeneesmiddelen kunnen een waardevolle bijdrage leveren aan de behandeling van patiënten. Tegelijkertijd stijgen de uitgaven van deze geneesmiddelen jaarlijks door onder andere een toename van nieuwe middelen, uitbreiding van indicaties en combinatietherapieën. Deze stijgende uitgaven zetten de betaalbaarheid van de zorg onder druk en zorgen mogelijk voor verdringing van andere zorg. Om de betaalbaarheid en de toegankelijkheid te borgen verwachten wij van de zorgaanbieders een doelmatige inzet (gepast gebruik) van dure geneesmiddelen, tegen een zo scherp mogelijk tarief. Gepast gebruik van geneesmiddelen betekent onder andere juiste indicatiestelling, starten met het economisch meest voordelige geneesmiddel, gebruik van de meest doelmatige variant van een geneesmiddel, dosisoptimalisatie, reduceren van spillage, hanteren van stop-criteria, et cetera. Wij maken met zorgaanbieders afspraken over actieve deelname aan doelmatigheidsstudies en de doelmatige inzet over te nemen in de dagelijkse praktijk.

Bij introducties van nieuwe add-on geneesmiddelen en nieuwe indicaties van bestaande geneesmiddelen gedurende het jaar moet de zorgaanbieder vooraf schriftelijk contact opnemen met Zorg en Zekerheid met het verzoek tot inkoop. Wij vergoeden een middel alleen als de zorgaanbieder schriftelijk akkoord van ons heeft ontvangen voor inzet voor de betreffende indicatie. Positief advies van de geneesmiddelcommissie is één van de voorwaarden voor gebruik binnen de instelling. Bij de beoordeling of wij een nieuw add-on geneesmiddel inkopen, of een nieuwe indicatie van een bestaand geneesmiddel, houden we rekening met de kwaliteit en expertise binnen een instelling. Daarbij maken wij onder andere gebruik van kwaliteitscriteria die, in samenspraak met de beroepsgroepen en patiëntenverenigingen, ontwikkeld worden door de gezamenlijke zorgverzekeraars.

Zorg en Zekerheid participeert in het traject gezamenlijke inkoop van dure geneesmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland. Wij kopen samen met andere zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders meerdere dure geneesmiddelen gezamenlijk in volgens vigerende regelgeving en de zienswijze van de Autoriteit Consument & Markt (Mededingingswet).

Regionaal beleid dure geneesmiddelen

Binnen de kernregio's van Zorg en Zekerheid bespreken wij elk kwartaal de doelmatigheid aan de hand van de declaratiedata en de informatie uit de Vektis Monitor Gepast Gebruik DGM om doelmatige inzet van deze geneesmiddelen te realiseren.

3.2 Soorten overeenkomsten

Binnen de kernregio van Zorg en Zekerheid sluiten we bij voorkeur een contract met een plafondbesluit voor zorg inclusief zorggarantie. Voor dure geneesmiddelen willen wij om doelmatige inzet te stimuleren plafondbesluiten maken en voor bepaalde geneesmiddelgroepen op indicatieniveau specifieke maatwerkafspraken maken.

In lijn met het beschreven beleid kunnen in de kernregio kavelafspraken worden gemaakt voor het uitwerken van afspraken rond bepaalde zorg. Hierin kunnen ook PxQ (nacalculatie) afspraken worden gemaakt. Daarnaast zijn maatwerkafspraken

mogelijk, zodat innovaties in de zorg bekostigd kunnen worden. De financiering van innovaties kan vaak vanuit de bestaande middelen en systematiek plaatsvinden. Zorg en Zekerheid wil met belangrijke strategische aanbieders een meerjarenstrategie aangaan om de benodigde omslag te maken voor de juiste zorg op de juiste plek. Daarbij behoort het afspreken van een maatwerkovereenkomst voor meerdere jaren tot de mogelijkheden. Hiervoor is een gedeeld langetermijnperspectief nodig.

De landelijke inkoop wordt gekenmerkt door eenvoudige afspraken (plafond en prijsafspraken) zonder maatwerk. Met dit type afspraken streven wij de doelstellingen na uit het hoofdlijnenakkoord met minimale administratieve lasten voor zowel de zorgaanbieder als Zorg en Zekerheid. Daar waar wij afspraken kunnen maken die de gemeenschappelijke belangen behartigen, hebben wij de voorkeur voor meerjarige overeenkomsten.

3.3 Tariefstelling

Ook in 2022 willen we onverklaarbare prijsverschillen verminderen. We willen marktconforme prijzen afspreken, geënt op onze referentieprijzlijst. Deze is opgebouwd uit kostprijzen en marktprijzen.

3.4 Voorwaarden (nieuwe) aanbieders – minimumeisen

Voor alle door ons gecontracteerde zorg geldt dat deze alleen gecontracteerd wordt als deze zorg:

- past binnen het profiel van de instelling;
- noodzakelijk is om onze zorgplicht te vervullen; en
- voldoet aan de minimumnormen en kwaliteitseisen.

Bij de inkoop van bestaande en potentieel nieuw te contracteren partijen kijken wij kritisch naar de goede balans in het huidige zorgaanbod en de behoeften van onze verzekerden. Nieuwe aanbieders worden alleen gecontracteerd wanneer zij op innovatief en kwalitatief vlak het verschil kunnen maken ten opzichte van de reeds gecontracteerde partijen. Een eventuele uitbreiding van het aantal gecontracteerde aanbieders vindt alleen plaats indien dit in balans is met de huidige vraag in de betreffende regio en de gehanteerde kwaliteit.

3.4.1 Ziekenhuis

Minimumeisen ziekenhuis:

- Het ziekenhuis beschikt over een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg van het Ministerie van VWS in het kader van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).
- Alle geleverde zorg voldoet tenminste aan de laatste eisen, standaarden en normen van de beroepsgroep, aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en is in lijn met de standpunten van Zorginstituut Nederland. Hier wordt tijdens de contractering op gelet, maar ook achteraf door middel van materiële en formele controles.
- Het volledige medische personeel van de instelling beschikt over een BIG-registratie, waarvan de medisch specialisten zijn geregistreerd in het specialistenregister van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).
- Alle specialisten werkzaam binnen de instelling nemen deel aan het Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS). Sinds 2009 is de mate van invoering hiervan opgenomen in de basisset kwaliteitsindicatoren van de IGJ.
- Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor het volledige behandeltraject dat past bij de aandoening of de ziekte conform de huidige stand van wetenschap en praktijk. Het ziekenhuis verzorgt (delen van) het behandeltraject zelf of laat dit, in onderlinge dienstverlening, bij een andere instelling plaatsvinden.
- Het ziekenhuis beschikt over een geaccrediteerd/gecertificeerd Veiligheidsmanagement Systeem (VMS) en de realisatie van de VMS-thema's wordt besproken en gevolgd door onder andere de zelfmonitor (eventueel aangevuld met NIVEL- en IGZ-informatie).
- Het is een voorwaarde dat het ziekenhuis deelneemt aan de relevante landelijke kwaliteitsregistraties (waaronder die van DICA), maar ook dat deze resultaten voor ons beschikbaar komen. Wij stimuleren deelname aan patiënttevredenheidsmetingen (CQI's/PREMS/PROMS).

- Het ziekenhuis beschikt over een aantoonbaar kwaliteitskeurmerk/accreditatie en handelt hier ook naar.

3.4.2 Zelfstandige behandelcentra (ZBC's)

Medisch specialistische zorg kan in voorkomende gevallen ook verantwoord buiten het ziekenhuis worden georganiseerd en in ZBC's worden uitgevoerd. Daar waar dit van toegevoegde waarde is doordat er klantgerichte zorg tegen een goede prijs wordt aangeboden, contracteren wij deze zorg. Zorg en Zekerheid kijkt hierbij naar de impact die het zorgaanbod heeft op het reeds bestaande zorgaanbod. Wij stellen daaraan de volgende voorwaarden.

Minimumeisen Zelfstandige behandelcentra:

- Om de continuïteit van zorg te garanderen voldoet het Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) aan de voorwaarde dat er tenminste twee medisch specialisten werkzaam zijn met een gezamenlijk dienstverband van minimaal 1,2 FTE. Voorwaarden zijn daarnaast een goede achterwachtingregeling en een samenwerkingsverband met een nabijgelegen ziekenhuis voor onder andere de opvang van eventuele complicaties.
- Er vindt intercollegiale toetsing en visitatie door beroepsverenigingen plaats en er is structureel intercollegiaal overleg over de patiëntenzorg.
- De zorgzwaarte staat in een medisch verantwoorde verhouding met het type ZBC: laagcomplexiteit zorg met een hoog volume. Invasieve behandelingen worden alleen toegestaan voor patiënten met een ASA-classificatie van 2 of lager.
- Nieuwe aanbieders worden alleen gecontracteerd wanneer zij op innovatief en kwalitatief vlak het verschil kunnen maken ten opzichte van de reeds gecontracteerde partijen en minimaal twee jaar volwaardig in bedrijf zijn. Een ZBC moet ook een scherpe tariefstelling hebben t.o.v. de markt. Een eventuele uitbreiding van het aantal gecontracteerde aanbieders vindt alleen plaats als dit in balans is met de huidige vraag in de regio en de gehanteerde kwaliteit.
- De minimale zorgomzet gebaseerd op Zorg en Zekerheid verzekeren van een bestaande/nieuwe ZBC moet minimaal € 50.000 euro zijn, of Zorg en Zekerheid heeft minimaal 25% marktaandeel binnen de ZBC.
- ZBC's maken veelal gebruik van medisch specialisten die tevens in het ziekenhuis werken. Zorg en Zekerheid wil deze zorg niet dubbel betalen en stelt hieraan aanvullende voorwaarden:
 - Bij verwijzingen door een medisch specialist uit een ziekenhuis naar een ZBC waar deze medisch specialist zelf werkzaam is, mag de zorg die al in het ziekenhuis is verleend, niet nogmaals in rekening worden gebracht door het ZBC.
 - Nieuwe aanbieders worden niet gecontracteerd als bij die nieuwe aanbieder medisch specialisten werken die tevens werkzaam zijn in een ziekenhuis waar langer dan zes maanden in het afgelopen jaar wachttijden boven de treeknorm gelden en dit ziekenhuis een gelijk zorgaanbod kent.

3.4.3 Dialysecentra

Minimumeisen dialysecentra:

- Wij contracteren Dialysecentra op basis van HKZ-certificering. Een nieuw centrum wordt geacht binnen twee jaar gecertificeerd te zijn.
- Alle nieuwe patiënten zijn voorafgaand aan de niervervangende therapie volledig op de hoogte van de mogelijke behandelopties zoals transplantatie, hemodialyse en peritoneaaldialyse, thuis of in een centrum.

3.4.4 Eerstelijns diagnostische centra (EDC's)

Zorg en Zekerheid wil lagere kosten van laboratoriumonderzoek realiseren met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid. Inefficiëntie en overcapaciteit bij laboratoriumonderzoek willen we daar waar mogelijk verminderen. Onder andere door samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren. Daarnaast staan wij open voor initiatieven voor de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

Goede eerstelijnsdiagnostiek draagt bij aan gepast gebruik. Eerstelijnsdiagnostiek is namelijk bepalend voor de keuze van de verdere behandeling. Zorg en Zekerheid wil daarom dat verzekeren goede toegang hebben tot eerstelijnsdiagnostiek.

Door concentratie van zorg kunnen de kosten van eerstelijnsdiagnostiek omlaag. Wij zien dat relatief veel partijen onderzoek uitvoeren. Wij denken dat dat efficiënter kan met lagere kosten, onder meer door schaalvergroting. Wij willen met ons beleid toewerken naar efficiëntere eerstelijnsdiagnostiek. Minimumeisen eerstelijns diagnostische centra:

- Het EDC beschikt over een aantoonbaar kwaliteitskeurmerk/accreditatie (CCKL of ISO 15189:2012) en handelt hier ook naar.
- Praktijkrichtlijnen en/of landelijke standaarden zoals omschreven door de eerstelijnsberoepsgroepen (NHG, LVG) worden gevolgd.
- Het EDC volgt specifiek de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken 'Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek', waaronder het hanteren van een probleemgeoriënteerd aanvraagformulier.
- Het EDC neemt deel aan externe kwaliteitscontroles.
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de diverse voorzieningen is geborgd, evenals de tijd waarbinnen de uitslag wordt gecommuniceerd.
- Het EDC beschikt onder andere over een elektronisch laboratoriumdossier en sluit aan op ZorgDomein.
- In een plan van aanpak ligt vast hoe het EDC aanvragers via Diagnostisch Toetsoverleg (DTO), scholing, terugkoppeling en adviezen tot rationeel aanvraaggedrag kan brengen.

Een huisarts kan verwijzen voor een MRI scan, maar hij moet zich hierbij houden aan de NHG-standaarden. Niet voor alle lichaamsdelen kan de huisarts verwijzen voor een MRI scan, soms moet de medisch specialist dit doen. In de NHG standaarden staan de regels beschreven voor het verwijzen.

3.4.5 Medisch specialistische revalidatie (MSR)

De doelmatigheid van de MSR-zorg bevorderen we door machtigingen in te zetten en materiële controles uit te voeren bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast bespreken we onverklaarde behandelverschillen met gecontracteerde zorgaanbieders in onze kernregio. Verder sturen wij door het inzetten van 'stepped care' of door het verkorten van het (poli)klinische traject in samenwerking met de eerstelijnsaanbieders. Hierdoor ontvangen patiënten de juiste zorg op de juiste plaats: thuis waar mogelijk en in een instelling waar nodig.

Minimumeisen Medisch specialistische revalidatie:

- Medisch specialistische revalidatie-instellingen beschikken over een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg van het Ministerie van VWS in het kader van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).
- Alle geleverde zorg voldoet tenminste aan de laatste eisen, standaarden en normen van de beroepsgroep aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en is in lijn met de standpunten van Zorginstituut Nederland. Hier wordt tijdens de contractering op gelet, maar ook achteraf door middel van materiële en formele controles.
- Het volledige medische personeel van de instelling beschikt over een BIG-registratie, waarvan de medisch specialisten zijn geregistreerd in het specialistenregister van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).
- De medisch specialistische revalidatie-instelling verzorgt zelf het volledige behandeltraject dat past bij de aandoening of de ziekte conform de huidige stand van wetenschap en praktijk en is hier verantwoordelijk voor.
- De medisch specialistische revalidatie-instelling beschikt over een geaccrediteerd/gecertificeerd Veiligheidsmanagement Systeem (VMS) en de realisatie van de VMS-thema's wordt besproken en gevolgd door onder andere de zelfmonitor (eventueel aangevuld met NIVEL- en IGZ-informatie).
- De medisch specialistische revalidatie-instelling beschikt over een aantoonbaar kwaliteitskeurmerk/accreditatie (bijvoorbeeld HKZ of NIAZ) en handelt hier ook naar.
- De zorg wordt verleend volgens de landelijke richtlijnen en volgens de behandelkaders van de beroepsgroep/VRA aangeboden. Tevens wordt de Indicietelling Medische Specialistische Revalidatie (april 2016) gebruikt om te komen tot een gerichte verwijzing.
- De kwaliteitscriteria, door de beroepsgroep/VRA vastgesteld in de behandelkaders voor specifieke doelgroepen, worden bij het contracteren van de medisch specialistische revalidatie gehanteerd.
- De kwaliteitscriteria, geformuleerd in de Werkwijzer Medisch Specialistische Revalidatie, Handreiking bij de kwaliteitsbeoordeling van de Werkgroep Revalidatie VAGZ (1-4-2018), zijn van toepassing bij de inkoop van MSR-zorg.
- De instelling heeft een aantoonbare meerwaarde op het gebied van kwaliteit en/of regionaal zorgaanbod.

- De instelling is minimaal twee jaar volwaardig in bedrijf.
- De instelling voldoet aan alle eisen, zoals in dit inkoopbeleid gesteld.
- De instelling heeft minimaal 1,2 fte medisch specialist in dienst.
- De minimale zorgomzet gebaseerd op Zorg en Zekerheid verzekeren van een bestaande/nieuwe instelling moet minimaal € 50.000 euro zijn, of Zorg en Zekerheid heeft minimaal 25% marktaandeel binnen de instelling.

3.4.6 Trombosediensten

Het aantal verzekeren dat gebruikmaakt van trombosediensten neemt af. Zorg en Zekerheid verwacht daarom dat de noodzaak om trombosediensten in te kopen bij alle aanbieders in de toekomst afneemt. Antistollingszorg wordt in de toekomst zo veel mogelijk geborgd binnen bestaande structuren (o.a. huisarts, apotheek, ziekenhuis) dicht bij de patiënt. De kosten voor trombosediensten lopen behoorlijk uiteen, dat vinden wij voor onze verzekeren onacceptabel en willen met onze inkoop ongewenste prijsvariatie tegengaan.

Minimumeisen Trombosediensten:

- De Trombosedienst beschikt over een aantoonbaar kwaliteitskeurmerk/accreditatie (CCKL of ISO 15189:2012) en handelt hier ook naar.
- De praktijkrichtlijnen en/of landelijke standaarden zoals omschreven door de eerstelijnsberoepsgroepen (NHG en LVG) worden gevolgd.
- De instelling volgt onder andere de LESA Antistolling en de Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling (LSKA).
- De Trombosedienst neemt deel aan externe kwaliteitscontroles.
- De Trombosedienst verleent medewerking aan het monitoren van de klanttevredenheid.
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de diverse voorzieningen is geborgd, evenals de tijd waarbinnen de uitslag wordt gecommuniceerd.
- De Trombosedienst beschikt onder andere over een elektronisch laboratoriumdossier en sluit aan op ZorgDomein.

3.4.7 Audiologische Zorg

In 2022 koopt Zorg en Zekerheid de audiologische hulp in bij bestaande zorgaanbieders om zo de zorgcontinuïteit en de zorgplicht te borgen. Met bestaande zorgaanbieders bedoelen we de zorgaanbieders die in 2021 audiologische hulp leveren en hiervoor waren gecontracteerd.

Wij gaan ervan uit dat Audiologische Centra aan de volgende kwaliteitseisen voldoen. Dit kwaliteitsbeleid is daarom vast onderdeel van onze zorgovereenkomst.

- Alleen instellingen die beschikken over een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg van het Ministerie van VWS in het kader van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) worden gecontracteerd;
- Alle geleverde zorg voldoet ten minste aan de laatste eisen, standaarden en normen van de beroepsgroep, aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en is in lijn met de standpunten van Zorginstituut Nederland;
- Het volledige medische personeel van de instelling beschikt over een BIG-registratie, waarvan de medisch specialisten zijn geregistreerd in het specialistenregister van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC);
- De instelling verzorgt zelf het volledige behandeltraject dat past bij de aandoening of de ziekte conform de huidige stand van wetenschap en praktijk en is hier verantwoordelijk voor;
- De instelling beschikt over een geaccrediteerd/gecertificeerd Veiligheidsmanagement Systeem (VMS) en de realisatie van de VMS-thema's wordt besproken en gevolgd door onder andere de zelfmonitor (eventueel aangevuld met NIVEL- en IGZ-informatie);
- De instelling beschikt over een aantoonbaar kwaliteitskeurmerk/accreditatie en handelt hier ook naar;
- Wij zetten ons ervoor in dat instellingen voldoen aan de registratie en transparantie van kwaliteit van zorg, waarbij zoveel mogelijk aangehaakt wordt bij landelijke uitvragen, om ook de belasting voor de zorgaanbieder waar mogelijk te beperken. Zo is het een voorwaarde dat de instelling moet deelnemen aan alle relevante landelijke kwaliteitsregistraties, maar ook dat deze resultaten beschikbaar komen voor ons;

- Wij stimuleren ook deelname aan patiënttevredenheidsmetingen (CQI's/PREMS/PROMS). De uitkomsten van deze vragenlijsten geven inzicht in wat patiënten zelf belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn met de zorg. Op deze manier wordt ook waardevolle informatie verkregen over de kwaliteit van de geleverde zorg;
- De zorgaanbieder voldoet aan het veiligheidsbeleid van de FENAC en beschikt over een geaccrediteerd/gecertificeerd kwaliteitssysteem (bijvoorbeeld NIAZ of gelijkwaardig).

Naast het voldoen aan bovengenoemde kwaliteitseisen levert u als audiologisch centrum klantgerichte en tijdige zorg.

3.4.8 Radiotherapie

De Radiotherapeutische instelling voldoet aan de Minimum Kwaliteitsnormen Radiotherapie van de NVRO.

Minimumeisen protonentherapie:

- Alleen partijen met een geldige vergunning in het kader van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor het toepassen van protonentherapie komen in aanmerking voor een contract.
- Daarmee zijn de mogelijke aanbieders op dit moment: Zuidoost Nederland Protonen Therapie Centrum ZON-PTC B.V., Holland Particle Therapy Centre B.V. en Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

3.5 Naleving en controle

Controles van declaraties

Zorgverzekeraars zijn verplicht de rechtmatigheid en doelmatigheid van de in rekening gebrachte prestaties te onderzoeken. Ons controleplan kunt u [hier](#) inzien.

In Horizontaal Toezicht werken we samen aan een efficiënte manier van rechtmatig declareren

Met ziekenhuizen die over zijn op Horizontaal Toezicht, werken wij samen om het correct registreren en declareren vooraf te realiseren. Hierbij sluiten wij zo veel mogelijk aan op het profiel en de systemen van het ziekenhuis. Als u zich als ziekenhuis committeert aan Horizontaal Toezicht, betekent dit dat de formele en materiële controles voor correct declareren en registreren vervallen. Gepast gebruik is in 2022 nog geen onderdeel van Horizontaal Toezicht.

4. Wijze van contracteren en planning

4.1 Procedure

Als uitgangspunt bij het inkoopproces volgt Zorg en Zekerheid de bepalingen van de 'Good Contracting Practices' van de NZa. Wij stemmen de wijze van contractering af op de specifieke markt van ziekenhuizen. We volgen in 2022 de algemene uniforme bepalingen opgesteld door ZN, NFU, NVZ en ZKN.

Zorg en Zekerheid contracteert alle MSZ-instellingen digitaal via het VECOZO inkoopportaal.

Zorg en Zekerheid biedt een financieel voorstel aan:

- landelijk: een digitaal voorstel;
- regionaal: in overeenstemming met onze regionale instellingen.

Declaraties worden digitaal ingediend via VECOZO volgens de regels en instructies die gelden voor het declareren van de DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Als een andere instelling zorgactiviteiten uitvoert, wordt dit tussen de instellingen onderling verrekend in het kader van wederzijdse dienstverlening en niet apart gedeclareerd bij Zorg en Zekerheid. Dit geldt ook voor zorgactiviteiten omtrent diagnostiek.

4.2 Planning

Voor onze (toekomstige) verzekerden is het belangrijk dat zij tijdig weten welke zorgaanbieders voor 2022 gecontracteerd zijn. Op basis van deze informatie moeten zij immers de mogelijkheid hebben om te wisselen van zorgverzekeraar. Wij willen graag aan deze eis voldoen en streven ernaar om financiële afspraken 2022 te maken voor 12 november 2021.

Wij bieden onze overeenkomsten tijdig aan, zodat u als zorgaanbieder voldoende tijd hebt om te reageren.

Wij streven ernaar met alle instellingen die voldoen aan bovenstaande voorwaarden afspraken te maken voor onze verzekerden. Wij merken echter dat er, zeker bij instellingen waar wij een klein marktaandeel hebben, soms geen voortgang is in het contracteringsproces. Mochten instellingen ondanks onze herhaalde verzoeken niet binnen de afgesproken termijn reageren, waardoor wij niet tijdig een overeenkomst kunnen sluiten, dan behouden wij ons het recht voor om geen overeenkomst te sluiten voor 2022.

Onze planning voor het komend inkoopjaar ziet er als volgt uit:

Uiterste datum	Inkoopactiviteit
1 april 2021	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
1 mei 2021	Zorgaanbieders hebben de mogelijkheid om tot 1 mei 2021 schriftelijk te reageren op het inkoopbeleid. Deze reacties zal Zorg en Zekerheid ter overweging meenemen.
1 juli 2021	Publicatie van eventuele aanvullingen het inkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
1 september 2021	Overeenkomst MSZ beschikbaar.
oktober 2021	Zorgaanbieders ontvangen een digitaal voorstel.
12 november 2021	Kaderafspraken met alle gecontracteerde instellingen zijn rond. Informereren verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod.
31 december 2021	Getekende overeenkomst 2022, inclusief prijslijst in VECOZO.

5. Bereikbaarheid

Wij hopen dat u een helder beeld heeft gekregen van ons inkoopbeleid in 2022. Voor vragen kunt u ons bereiken per e-mail of telefoon. U vindt de contactgegevens op: www.zorgenzekerheid.nl.

Vragen over de status van uw contractering kunt u per e-mail sturen naar: contractbeheer@zorgenzekerheid.nl. Of u kunt ons telefonisch bereiken via (071) 582 54 41. Van 8 uur tot 12 uur telefonisch bereikbaar.

Disclaimer

Dit zorginkoopbeleid is opgesteld met inachtneming van de nu bekende wettelijke, beleids- en financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor om het zorginkoopbeleid en de bijbehorende zorginkoopprocedure op enig moment aan te passen wegens gewijzigde of nog te wijzigen wet- en regelgeving (inclusief beleidswijzigingen) en gewijzigde of nog te wijzigen financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich ook het recht voor om het zorginkoopbeleid verder aan te vullen, te wijzigen en/of te verduidelijken, ook in het licht van de toekomstige effecten op de zorg door de coronacrisis.