

# Medisch- specialistische zorg zorginkoopbeleid 2025

Versie 1.0

1 april 2024

## Zorginkoopbeleid 2025

### Medisch-specialistische zorg

#### Inhoud

1	Wat zijn de wijzigingen per 2025? .....	3
2	Welke informatie vindt u in dit document? .....	3
2.1	Inleiding .....	3
2.2	Leeswijzer .....	4
3	Wat is de visie van Zorg en Zekerheid? .....	4
3.1	Regionale samenwerking .....	4
3.2	Passende zorg.....	4
	Gezondheid in plaats van ziekte .....	4
	Samen met en gezamenlijk rondom de patiënt.....	5
	Zorg op de juiste plek .....	5
	Digitale zorg .....	5
	Waardegedreven zorg.....	6
3.3	Arbeidsmarkt.....	6
3.4	Duurzaamheid .....	6
4	Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop medisch-specialistische zorg? .....	7
4.1	Speerpunten medisch-specialistische zorg .....	7
	Kwaliteit: de juiste zorg.....	7
	Kwaliteitsafspraken in de regio .....	7
	Meerjarenovereenkomsten in de regio.....	8
	Doelmatigheid: wachtlijstbemiddeling .....	8
	Doelmatigheid: dure- en weesgeneesmiddelen.....	8
	Regionaal beleid dure geneesmiddelen.....	9
	Moleculaire diagnostiek.....	9
	Acute zorg .....	9
4.2	Impactvolle transformaties.....	10
5	Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst? .....	10
5.1	Minimum- en kwaliteitseisen.....	10
5.2	Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders.....	10
5.3	Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.....	11
	Tussentijds aanvragen zorgovereenkomst .....	11
5.4	Aanvullend contracteren .....	11

6	Hoe ziet het contracteerproces eruit?.....	12
6.1	Bepalen van de tarieven.....	12
6.2	Aanbod van de zorgovereenkomsten.....	12
6.3	Planning.....	12
7	Heeft u vragen? .....	13
	Bijlage 1: Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN) .....	14
	Bijlage 2: Aanvullende minimum- en kwaliteitseisen.....	16
	Minimum- en kwaliteitseisen – MSZ breed .....	16
	Minimum- en kwaliteitseisen – Ziekenhuizen.....	16
	Minimum- en kwaliteitseisen – Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) .....	16
	Minimum- en kwaliteitseisen – Dialysecentra .....	17
	Minimum- en kwaliteitseisen – Eerstelijns diagnostische centra (EDC's).....	17
	Minimum- en kwaliteitseisen – Medisch-specialistische revalidatiezorg.....	17
	Minimum- en kwaliteitseisen – Trombosediensten .....	18
	Minimum- en kwaliteitseisen – Audiologische centra.....	18
	Minimum- en kwaliteitseisen – Centra voor protonentherapie .....	18

## 1 Wat zijn de wijzigingen per 2025?

In het zorginkoopbeleid medisch-specialistische zorg 2025 zijn de volgende zaken (inhoudelijk) gewijzigd ten opzichte van 2024:

- Ambities 'Digitale zorg' herschreven, bijgesteld en uniform gemaakt (hoofdstuk 3.2).
- Taakherschikking is als aparte afspraak uit 'Zorg op de juiste plek' gehaald (hoofdstuk 3.2).
- De strategie 'Positieve gezondheid' is gewijzigd naar 'Arbeidsmarkt' (hoofdstuk 3.3).
- Er is invulling aan de nieuwe strategie 'Arbeidsmarkt' gegeven (hoofdstuk 3.3).
- Uniforme tekstwijziging vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op 'Duurzaamheid' (hoofdstuk 3.4).
- Nieuw speerpunt 'Moleculaire diagnostiek' toegevoegd (hoofdstuk 4.1).
- Er is invulling gegeven aan het nieuwe speerpunt 'Moleculaire diagnostiek' (hoofdstuk 4.1).
- Vanaf 2025 zal paramedische zorg in ziekenhuizen onder de zorgovereenkomsten met ziekenhuizen komen te vallen en niet meer separaat via een paramedische zorgovereenkomst worden ingekocht (hoofdstuk 5.2).
- Nieuw hoofdstuk 'Aanvullend contracteren' toegevoegd (hoofdstuk 5.4).
- Er is invulling aan het nieuwe hoofdstuk 'Aanvullend contracteren' gegeven (hoofdstuk 5.4).
- De uiterste datum van 1 september voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders om een zorgovereenkomst voor het volgende contractjaar aan te vragen is verwijderd (hoofdstuk 5.3 en 6.3).
- In Bijlage 1 is uniforme landelijke tekst over duurzaamheid vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) toegevoegd.
- Twee uniforme, non-concurrentiële en door ZN opgestelde teksten toegevoegd aan kwaliteitseisen: 'Zorgaanbieder draagt zorg voor gestructureerde en goede verslaglegging conform de (door Palga) vastgestelde protocollen, met volledigheid en juistheid van de registratie door de zorgprofessional' en 'De zorgaanbieder spant zich in om diens patiënten te verwijzen naar de kanalen van de Patiëntenfederatie Nederland en ZorgkaartNederland.nl om een recensie achter te laten om zo het aantal en aandeel geverifieerde reviews te doen toenemen' (bijlage 2).
- Minimum- en kwaliteitseis – Medisch-specialistische revalidatiezorg: "De instelling gebruikt de Indicatiestelling Medische Specialistische Revalidatie (april 2016) om te komen tot een gerichte indicatie" verwijderd en vervangen door: "De indicatiestelling vindt plaats conform nieuw ZiNL standpunt: [Standpunt - Verduidelijkte criteria voor vergoeding medisch-specialistische revalidatie | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)" (bijlage 2).

## 2 Welke informatie vindt u in dit document?

### 2.1 Inleiding

Voor u ligt het zorginkoopbeleid medisch-specialistische zorg (MSZ) voor 2025. In dit document leest u op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid medisch-specialistische zorg voor 2025 inkoop. Dit zorginkoopbeleid geldt als aanvulling op het [Algemeen zorginkoopbeleid](#). Bij tegenstrijdigheden prevaleert dit zorginkoopbeleid boven het Algemeen zorginkoopbeleid.

## 2.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 3 geeft de visie van Zorg en Zekerheid op medisch-specialistische zorg weer. Hoofdstuk 4 behandelt de doelen die Zorg en Zekerheid wil bereiken. In hoofdstuk 5 leest u welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst. Hoofdstuk 6 en 7 geven u praktische informatie over de planning rondom het contracteerproces en de mogelijkheid om vragen te stellen.

## 3 Wat is de visie van Zorg en Zekerheid?

Om goede zorg voor onze verzekerden nu én in de toekomst toegankelijk te houden, gaan we voor gezondheid. Het doel van Zorg en Zekerheid is daarom om van zorg naar gezondheid te bewegen. Om het doel van Zorg en Zekerheid te bereiken hebben wij vier strategieën benoemd waarmee wij in de regio het verschil maken, te weten 'regionale samenwerking', 'passende zorg', 'arbeidsmarkt' en 'duurzaamheid'. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft hoe wij invulling geven aan deze strategieën. In de volgende alinea's leest u per strategie hoe wij met de zorginkoop medisch-specialistische zorg bijdragen aan het doel van Zorg en Zekerheid.

### 3.1 Regionale samenwerking

Toenemende zorgkosten en schaarste van middelen maken andere, scherpe afspraken nodig. Zorg en Zekerheid wil samen met u de doelmatigheid van zowel de zorg binnen de zorgaanbieders als de samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders verbeteren.

In de regio neemt Zorg en Zekerheid de regierol en investeert in de noodzakelijke transformatie. Wij doen dit uit een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid samen met professionals. Passende zorg is daarbij het leidende principe, ook bij de inkoop van medisch-specialistische zorg. Samen met zorgaanbieders in de regio werken we ook aan de kwaliteit en aan de beheersing van kosten oprijvende 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.

### 3.2 Passende zorg

De essentie van passende zorg is:

- passende zorg gaat over gezondheid in plaats van ziekte;
- passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand;
- passende zorg vindt plaats op de juiste plek;
- passende zorg is waardegedreven.

#### **Gezondheid in plaats van ziekte**

Zorg en Zekerheid maakt afspraken met medisch-specialistische zorgaanbieders om te voorkomen dat verzekerden meer zorg krijgen dan wenselijk is, gegeven de individuele zorgbehoefte. Bijvoorbeeld door in te zetten op het gedachtegoed van positieve gezondheid en waar nodig verzekerden door te verwijzen naar het sociaal domein of andere sociale partners. Daarnaast zet Zorg en Zekerheid in op stepped care, digitale zorg en het goede gesprek tussen een verzekerde en een medisch-specialistische zorgverlener. Zo motiveren wij zorgaanbieders waar mogelijk om niet alle vraagstukken met medisch-specialistische zorg op te lossen.

### **Samen met en gezamenlijk rondom de patiënt**

Patiënten zijn gebaat bij persoonsgerichte zorg en het meebepalen welke zorg passend is in zijn of haar specifieke situatie. Hierbij ligt onze focus op onderwerpen als 'samen beslissen' met behulp van bijvoorbeeld keuzehulpen en proactieve zorgplanning (*advance care planning*, oftewel ACP). Dit onderwerp nemen wij mee in de gesprekken met onze MSZ-aanbieders in de regio.

### **Zorg op de juiste plek**

Verzekerden van Zorg en Zekerheid kunnen rekenen op voldoende, goede en passende medisch-specialistische zorg. Thuis of dichtbij als dat kan en verder weg als dat medisch noodzakelijk is. Zo maken we ook afspraken over zorgverschuivingen. Dit kan bijvoorbeeld gaan om verschuivingen van de tweede naar de eerste lijn of van de tweede lijn naar digitale zorg (of het sociaal domein). Deze verschuivingen vinden alleen plaats op basis van aantoonbare, minimaal budget-neutrale overheveling. Verder vinden deze verschuivingen alleen plaats als de doelmatigheid van zorg hierdoor verbetert en de kwaliteit tenminste gelijk blijft.

Voor ziekenhuizen geldt dat Universitair Medische Centra (UMC's) hoogcomplex en tertiaire zorg verlenen. Basiszorg (of niet-complexe, hoogvolume zorg) gaat naar algemene ziekenhuizen. Deze verplaatsingen hebben al plaatsgevonden en Zorg en Zekerheid blijft hierover in gesprek met UMC's en algemene ziekenhuizen. Basiszorg in UMC's kopen we beperkt in. En dan alleen tegen vergelijkbare tarieven als in algemene ziekenhuizen en alleen als de zorg tijdig kan worden verleend.

Een concrete toepassing van verplaatsen is 'ziekenhuisverplaatste zorg'. Dat wil zeggen zorg die bij de patiënt thuis plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist. Een belangrijke randvoorwaarde voor ziekenhuisverplaatste zorg is dat ziekenhuis, thuiszorgaanbieder en zorgverzekeraar afspraken maken én dat er sprake is van een positieve businesscase. Het is van belang Zorg en Zekerheid te betrekken bij de totstandkoming van de afspraak, anders kunnen we de financiering niet garanderen. Voor de indiening van een initiatief kunt u het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) raadplegen.

### **Digitale zorg**

Zoals genoemd in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) is 'zorg op de juiste plek' één van de kaders van passende zorg. Digitale zorg is een onderdeel van het verlenen van zorg op de juiste plek. In lijn met het verlenen van zorg op de juiste plek sluit Zorg en Zekerheid zich aan bij de [Ambities zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025](#). Aanvullend hebben wij vanuit medisch-specialistische zorg de volgende ambities op het gebied van digitale zorg:

Zorg en Zekerheid zet in 2025 in op telemonitoring, het stimuleren van hybride zorgpaden, zorgcommunicatie en zorginfrastructuur. Binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg Ouderen (WOZO) zijn de volgende ambities gesteld: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Om eind 2026 voor alle zorgsectoren de ambitie van het hybridiseren van 70% van de daartoe geschikte zorgpaden en zorgprocessen met minimaal 50% inclusie te behalen, zijn vanuit de zorgverzekeraars en zorgkantoren uniforme ambities voor 2025 opgesteld. Met de zorgaanbieders in de regio maken wij afspraken over het aanbod van hybride zorg voor drie chronische patiëntgroepen: hartfalen, COPD en IBD. Deze aanpassing in werkwijze zorgt voor vervanging van bestaande zorg en geen aanvulling daarbovenop.

Meer over onze visie op digitale zorg staat beschreven in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#). Tevens kunt u hierin bovenstaande uniforme ambities voor 2025 terugvinden.

### **Waardegedreven zorg**

Waardegedreven zorg betekent dat veilige zorg een relevante bijdrage levert aan de gezondheid van mensen, nu en in de toekomst, tegen een proportionele inzet van geld, personeel en grondstoffen. Zorg die niet bewezen effectief is, zullen we vaker niet, slechts voorwaardelijk of bij een beperkt aantal zorgaanbieders contracteren. Zo maken we bij de inkoop van medisch-specialistische zorg afspraken over het nakomen van geldende volumennormen en de afspraken binnen het Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) traject. Daarbij maken we waar nodig (transformatie) afspraken over het mitigeren van de effecten hiervan op de omzet van zorgaanbieders.

### **3.3 Arbeidsmarkt**

Vanuit Zorg en Zekerheid erkennen we dat het behouden en aantrekken van gekwalificeerd personeel niet alleen cruciaal is voor het leveren van hoogwaardige zorg, maar ook voor het voortdurend innoveren en verbeteren van de zorgprocessen. Daarmee staat de zorg, met de krapte op de arbeidsmarkt, voor een grote uitdaging. Ook binnen de medisch-specialistische zorg is dit een groot vraagstuk. Met de afspraken die zijn gemaakt binnen het IZA wordt ingezet op het opleiden en behouden van zorgprofessionals, waarbij de samenwerking centraal staat. In onze regio zijn wij als preferente zorgverzekeraar nauw betrokken bij deze transformatieplannen, waarbij Zorg en Zekerheid het van belang vindt dat deze zijn gericht op het creëren van een veerkrachtige en toekomstbestendige zorgomgeving. Als zorgverzekeraar zien we onszelf als gesprekspartner bij het vormgeven van een gezondheidszorgsysteem dat weerbaar en adaptief is, en in staat om kwalitatief hoogwaardige zorg te blijven bieden, ondanks de uitdagingen van de arbeidsmarkt.

### **3.4 Duurzaamheid**

Zoals genoemd in Bijlage 1 'Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)' en in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) sluiten wij ons aan bij de Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ) 3.0 en de vereisten uit de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). De algemene duurzaamheidscriteria richting zorgaanbieders staan vermeld in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#). Naast deze algemene duurzaamheidscriteria, gelden voor MSZ-zorgaanbieders aanvullende duurzaamheidscriteria.

We verwachten van zorgaanbieders MSZ dat ze zich committeren aan de acties uit de uitvoeringsplannen van de GDDZ 3.0 van respectievelijk de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU<sup>1</sup>). Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider-zorgverzekeraar, gaan met ziekenhuizen in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit de uitvoeringsplannen van de NVZ/NFU<sup>1</sup>:

- de voortgang in het verlagen van de CO<sub>2</sub>-uitstoot conform de CO<sub>2</sub>-routekaart van de instelling, gericht op het behalen van de doelstelling van een verlaging van de CO<sub>2</sub>-uitstoot met 30% in 2026 t.o.v. 2018;
- in kaart brengen van afvalstromen en verminderen van het ongesorteerd restafval met minimaal 25% in 2026 (toewerkend naar maximaal 25% ongesorteerd restafval in 2030);

---

<sup>1</sup> De beoogde (kwantitatieve) resultaten t.a.v. verduurzaming die in de focuspunten zijn opgenomen, zijn 1 op 1 overgenomen uit de GDDZ 3.0.

- aantoonbaar uitvoering geven aan het eigen plan van aanpak voor het terugdringen van medicijnverspilling en overtollig medicijngebruik (mede) op basis van door de NVZ en NFU<sup>2</sup> geselecteerde bewezen effectieve interventies;
- vervangen van disposables door reusables of door disposables van hernieuwbare grondstoffen voor minimaal 20% van de gebruikte hulpmiddelen in 2026;
- transitie naar meer plantaardige eiwitten in de voeding voor patiënten/cliënten/medewerkers gericht op verhouding 50/50 dierlijk/plantaardig in 2026<sup>3</sup>.

Waar mogelijk ondersteunen we zorgaanbieders met kennis en tools zoals voorbeelden van groene initiatieven die al bij enkele ziekenhuizen geïmplementeerd zijn, bewezen impact hebben op duurzaamheid en kostenbesparend of kostenneutraal zijn. Ondersteuning bij de verduurzaming van de organisatie is onder meer te vinden in het 'Draaiboek Duurzame Mobiliteit voor intramurale zorginstellingen' van het Milieu Platform Zorgsector.

## 4 Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop medisch-specialistische zorg?

Het contractjaar 2025 staat in het teken van een verdere beheersing van de zorgkosten. Voor 2025 richt Zorg en Zekerheid zich op een marktconforme prijs en een reëel volume op zorgproductniveau bij het maken van afspraken met de medisch-specialistische instellingen. Zorg en Zekerheid doet dit met het doel toe te werken naar de inkoop van passende zorg.

### 4.1 Speerpunten medisch-specialistische zorg

#### *Kwaliteit: de juiste zorg*

De juiste zorg voor de verzekerden is kwalitatief hoogwaardig en draagt positief bij aan de ervaren gezondheid. Dat houdt in dat niet alles wat medisch-technisch kan, ook het beste voor de patiënt is. De juiste zorg voldoet aan wetenschappelijke inzichten over effectiviteit en doelmatigheid. De juiste zorg sluit tevens aan bij de behoefte van de verzekerden. Het spanningsveld is dat de behoefte niet altijd gelijk is aan de wens van de patiënt. Zorg en Zekerheid denkt dat het voor de juiste zorg nodig is dat de zorgverlener in gesprek gaat met de patiënt. Met als doel dat de patiënt uiteindelijk die zorg krijgt die het beste resultaat oplevert.

Bij de inkoop van zorg kijkt Zorg en Zekerheid jaarlijks naar de lijst met behandelingen die niet voldoen aan het [criterium Stand van Wetenschap en Praktijk](#). Wij behouden ons het recht voor om machtigingen hiervoor in te voeren. Daarnaast maakt Zorg en Zekerheid afspraken met instellingen over het samen invulling geven aan de ruim honderd onderwerpen op de implementatieagenda van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG).

#### *Kwaliteitsafspraken in de regio*

Zorg en Zekerheid voert kwaliteitsoverleg met regionale zorgaanbieders. Hierin wordt gezamenlijk de kwaliteit van zorg besproken en verbeterafspraken gemaakt waar nodig. Zorg en Zekerheid hanteert daarbij een brede definitie van kwaliteit. Hieronder verstaan wij niet alleen de objectieve, maar ook de subjectieve kwaliteit zoals de verzekerde die ervaart. Het gedachtegoed van positieve gezondheid is hierbij het uitgangspunt.

---

<sup>2</sup> De werkgroep medicijnen van de NVZ en de werkgroep thema 5 van de NFU.

<sup>3</sup> Binnen de kaders van hetgeen medisch verantwoord mogelijk is.



In de regio maakt Zorg en Zekerheid 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 beoordeelt Zorg en Zekerheid 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 regio definieert Zorg en Zekerheid een top drie voor verbetering en maakt hierover maatwerkafspraken. Leidend principe is dat samen met de zorgaanbieder een verbetertraject wordt vastgesteld binnen een realistische periode. Mocht het niet lukken om de gewenste verbetering te realiseren, dan worden er andere afspraken gemaakt. Daarbij behoort ook het verlagen van de prijs of uiteindelijk helemaal niet meer inkopen van die zorg tot de mogelijkheden.

### ***Meerjarenovereenkomsten in de regio***

Met name in de regio kan en wil Zorg en Zekerheid de samenhang in de zorg stimuleren met als doel passende zorg optimaal te realiseren. Voor Zorg en Zekerheid zijn meerjarenovereenkomsten een belangrijk middel om de hiervoor noodzakelijke financiële ruimte en tijd te creëren en een partnership te ontwikkelen. Daarbij speelt de samenhang van zorg, in combinatie met de samenwerking met zorgaanbieders uit de andere lagen van zorg (huisartsen, wijkverpleging, et cetera), een belangrijke rol.

### ***Doelmatigheid: wachtlijstbemiddeling***

Het is belangrijk dat verzekerden binnen de treeknormen terecht kunnen. Binnen de huidige ontwikkelingen is dat voor zorgaanbieders een behoorlijke uitdaging. Zorg en Zekerheid blijft scherp monitoren waar wachtlijstproblematiek speelt. Als het nodig is maken wij in de regio verbeterafspraken met zorgaanbieders. U kunt onze verzekerden ook verwijzen naar het team Zorgadvies en Bemiddeling van Zorg en Zekerheid als de wachttijden in de instelling oplopen. Dit team zoekt dan samen met de verzekerde naar een passende oplossing.

### ***Doelmatigheid: dure- en weesgeneesmiddelen***

Dure- en weesgeneesmiddelen kunnen een waardevolle bijdrage leveren aan de behandeling van patiënten. Tegelijkertijd stijgen de uitgaven jaarlijks door een toename van nieuwe middelen, uitbreiding van indicaties en door 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 de juiste indicatiestelling, beginnen met het economisch voordeligste geneesmiddel, gebruik van de doelmatigste variant van een geneesmiddel, dosisoptimalisatie, reductie van spillage, hanteren van stop-criteria, et cetera. Zorg en Zekerheid maakt samen met u afspraken over actieve deelname aan doelmatigheidsstudies en de implementatie van doelmatige inzet 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 met ons opnemen met het verzoek tot inkoop. Zorg en Zekerheid vergoedt een middel alleen als u schriftelijk akkoord van ons heeft ontvangen voor de betreffende indicatie. Positief advies van de geneesmiddelcommissie is een 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 we gebruik van onder andere de adviezen vanuit de Commissie Beoordelingen Add-on

Geneesmiddelen (CieBAG), van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Commissie Beoordeling Oncologische Middelen (CieBOM), de beroepsgroepen en de patiëntenverenigingen.

Zorg en Zekerheid maakt met u afspraken over de tarieven waarbij onze referentietarieven leidend zijn. De voorlopige referentietarieven delen we met u. Nacalculatie spreken wij alleen af als u deze geneesmiddelen op netto-inkoop prijs met ons afrekent. De prijslijst passen we vier keer per jaar aan. Zo kunnen we nieuwe geneesmiddelen toevoegen en tarieven bijstellen.

Zorg en Zekerheid participeert in het traject gezamenlijke inkoop van dure geneesmiddelen van ZN. 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 regio 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 Dure Geneesmiddelen (DGM). De regio zal de organisatie van complexe farmaceutische zorg in de thuissituatie evalueren en indien passend uitbreiden.

### ***Moleculaire diagnostiek***

Zorg en Zekerheid hecht veel waarde aan het gebruik van moleculaire diagnostiek om specifieke behandelingen voor tumoren mogelijk te maken. Het is ons doel ervoor te zorgen dat onze verzekerden toegang hebben tot hoogwaardige, doelmatige moleculaire diagnostiek. In nauw overleg met beroepsgroepen en patiëntenverenigingen stelt de CieBAG criteria op waaraan instellingen moeten voldoen om moleculaire diagnostiek toe te passen. Deze criteria zijn voor ons de leidraad bij het kwaliteitsgericht inkopen van moleculaire diagnostiek. Het aanvraagformulier en de kwaliteitscriteria zijn beschikbaar [op de website van ZN](#).

Zoals gezegd streven we naar gelijke toegang tot hoogwaardige en doelmatige moleculaire diagnostiek voor al onze verzekerden. Om dit te bereiken, werken we samen met partners in het veld aan de ontwikkeling van expertisecentra en een 'lerend zorgsysteem'. Deze samenwerking leidt tot bundeling van kennis, stimuleert innovatie en bevordert een doelmatig gebruik van middelen.

### ***Acute zorg***

De acute zorg staat onder druk door vergrijzing, toenemende zorgvraag en tekort aan zorgpersoneel. Dit vraagt om oplossingen in de keten. Bij de verlening van acute zorg moet worden voldaan aan de kwaliteitsvereisten en volumennormen die hierop van toepassing zijn, zoals het [Kwaliteitskader Spoedzorgketen](#). Zorg en Zekerheid wil met zijn regionale verankering en via participatie in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) bijdragen aan de toekomstbestendigheid van de acute zorg. Hierbij ligt onze focus op knelpunten en bijhorende transformatieopgaven beschreven in het ROAZ plan welke voortkomt uit het eerder opgestelde ROAZ beeld. Zie voor meer informatie hierover [de website van De Juiste Zorg op de Juiste Plek](#).

Zorg en Zekerheid werkt samen met en ondersteunt waar nodig regionale zorgaanbieders en ketenpartners bij ontwikkelingen in de acute zorg. Het gaat daarbij onder andere om:

- de realisatie van zorgcoördinatiecentra uiterlijk in 2025;
- bevorderen van de kwaliteit en continuïteit van de acute zorg en differentiatie;

- concentratie, spreiding én samenwerking in de acute keten met name gericht op het waarborgen van de avond-, nacht- en weekendzorg;
- data uitwisseling en capaciteitsinformatie.

## 4.2 Impactvolle transformaties

Zorg en Zekerheid staat open voor impactvolle transformaties voor het voorkomen, vervangen, verplaatsen en verduurzamen van zorg. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft de kaders die Zorg en Zekerheid stelt aan impactvolle transformaties.

## 5 Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst?

### 5.1 Minimum- en kwaliteitseisen

Zorgaanbieders komen mogelijk in aanmerking voor een zorgovereenkomst als zij voldoen aan de eisen die Zorg en Zekerheid stelt. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft de algemene minimum- en kwaliteitseisen. Vanuit medisch-specialistische zorg zijn aanvullende minimum- en kwaliteitseisen van toepassing. Deze aanvullende eisen zijn opgenomen in dit hoofdstuk en bijlage 2.

Zorg en Zekerheid koopt alleen zorg in bij instellingen die voldoen aan deze minimumnormen:

- Het is een voorwaarde dat zorgaanbieders handelen volgens de programma's Doen of laten en Verbetersignalementen Zinnige Zorg van het Zorginstituut en Verstandige keuzes van de Federatie Medisch Specialististen.
- Het is 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.
- Zorg en Zekerheid vraagt 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.
- Zorg en Zekerheid hanteert de landelijk vastgestelde minimumkwaliteitsnormen van de beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen. Hier letten we tijdens de contractering op, maar ook achteraf met materiële en formele controles.

### 5.2 Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders

Alle zorgaanbieders die in 2024 een zorgovereenkomst hadden met Zorg en Zekerheid, die voldoen aan de eisen in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) en aan de minimum- en kwaliteitseisen zoals beschreven in hoofdstuk 5.1 en bijlage 2, bieden wij voor 2025 een zorgovereenkomst aan, tenzij anders benoemd in dit zorginkoopbeleid.

Vanaf 2025 zal de paramedische zorg in ziekenhuizen onder de zorgovereenkomsten met ziekenhuizen (MSZ-overeenkomst) komen te vallen en niet meer separaat via een paramedische zorgovereenkomst worden ingekocht. Wanneer u als ziekenhuis een zorgovereenkomst heeft voor meerdere jaren, die nog doorloopt in 2025 of verder, dan zal de paramedische zorg in het ziekenhuis worden ingekocht middels een addendum op de bestaande MSZ-overeenkomst.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.

### 5.3 Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Niet-gecontracteerde zorgaanbieders komen mogelijk in aanmerking voor een zorgovereenkomst, indien zij voldoen aan de eisen in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) en aan de minimum- en kwaliteitseisen zoals beschreven in hoofdstuk 5.1 en bijlage 2. Hierbij houdt Zorg en Zekerheid onder andere rekening met het huidige gecontracteerde aanbod, de focus op de regio, de aanwezigheid van Zorg en Zekerheid-verzekerden en het voldoen aan de zorgplicht.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.

#### *Tussentijds aanvragen zorgovereenkomst*

Zorg en Zekerheid is terughoudend in het contracteren van niet-gecontracteerde zorgaanbieders gedurende het lopende contractjaar. Heeft u toch een verzoek voor een zorgovereenkomst, dan kunt u uw aanvraag indienen onder vermelding van 'Verzoek zorgovereenkomst MSZ' bij [contractbeheer@zorgenzekerheid.nl](mailto:contractbeheer@zorgenzekerheid.nl). Indien de aanvraag compleet is en wordt goedgekeurd, dan krijgt u per de eerste kalenderdag van de maand van aanvragen een zorgovereenkomst aangeboden. De zorgovereenkomst moet binnen zes weken na de dag van ontvangst door de zorgaanbieder worden ondertekend.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.

### 5.4 Aanvullend contracteren

Aanvullend contracteren kan van toepassing zijn bij het tussentijds herzien van het omzetplafond. In deze paragraaf leest u onder welke omstandigheden dit mogelijk is. Aanvullende contractering vindt plaats met inachtneming van het financiële kader dat Zorg en Zekerheid (nog) tot beschikking heeft. Verhoging van het omzetplafond is in overleg tussen partijen mogelijk in het geval dat de zorgaanbieder redelijkerwijs gedwongen is meer zorgvolume te realiseren dan waar de zorgaanbieder bij aanvang van de overeenkomst redelijkerwijs rekening mee kon houden. Dit kan alleen:

- bij permanente overheveling van zorg, er is in dit geval een getekende bestuursverklaring nodig van alle betrokken zorgaanbieders;
- bij een tijdelijke calamiteit bij een nabijgelegen zorgaanbieder, die te kampen heeft met de omstandigheden die in de risicosfeer van de zorgaanbieder liggen;
- bij een onvoorziene stijging van de zorgvraag ten gevolge van epidemieën en calamiteiten zoals natuurrampen en terroristische aanslagen waardoor meer dan 30 dagen (een deel van) de zorg niet in het verwachte volume geleverd kan worden.

Het proces van aanvullend contracteren ziet er als volgt uit:

- de zorgaanbieder geeft uiterlijk 1 oktober 2025 aan dat een overschrijding van het omzetplafond wordt verwacht bij de betrokken zorginkoper of via [zorginkoop.msz@zorgenzekerheid.nl](mailto:zorginkoop.msz@zorgenzekerheid.nl);
- Zorg en Zekerheid bekijkt vervolgens in het eerste kwartaal van 2026 of herziening van het omzetplafond mogelijk is en treedt in overleg met de zorgaanbieder over de noodzaak van deze herziening. Zorg en Zekerheid koppelt de uitkomst uiterlijk 31 maart 2026 terug aan de zorgaanbieder;

- de zorgaanbieder en Zorg en Zekerheid leggen een eventuele herziening van het omzetplafond vast in een addendum bij de zorgovereenkomst.

## 6 Hoe ziet het contracteerproces eruit?

### 6.1 Bepalen van de tarieven

Zorg en Zekerheid wil ook in 2025 onverklaarbare prijsverschillen verminderen. We willen marktconforme prijzen afspreken, geënt op onze referentieprijislijst. De referentieprijislijst is opgebouwd uit kostprijzen en marktprijzen.

Als uitgangspunt bij het inkoopproces volgt Zorg en Zekerheid de bepalingen van de *Good Contracting Practices* van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Wij stemmen de manier van contractering af op de specifieke markt van ziekenhuizen. We volgen in 2025 de algemene uniforme bepalingen opgesteld door ZN, NFU, NVZ en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN).

### 6.2 Aanbod van de zorgovereenkomsten

U krijgt de zorgovereenkomst digitaal aangeboden via het Zorginkoopportaal van VECOZO. Daarbij wordt een financieel voorstel aangeboden. Landelijk is dat een digitaal voorstel; regionaal is dat in overeenstemming met onze regionale zorgaanbieders. U dient tijdig een certificaat aan te vragen bij VECOZO om de zorgovereenkomst te kunnen inzien en ondertekenen. Waar mogelijk krijgt u de zorgovereenkomst aangeboden op ondernemingsniveau. De contractering vindt plaats op basis van de gegevens zoals bekend bij Vektis. De gegevens in de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid baseren wij ook op Vektis. Het bij Vektis geregistreerde e-mailadres gebruiken wij om u te informeren. Het is daarom belangrijk dat u de gegevens controleert en waar nodig direct wijzigt bij Vektis.

Zorgaanbieders dienen declaraties digitaal in 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, verrekenen de instellingen dit onderling op basis van wederzijdse dienstverlening. Zorgaanbieders declareren dit niet apart bij Zorg en Zekerheid. Dit geldt ook voor zorgactiviteiten voor diagnostiek.

### 6.3 Planning

De planning voor het inkoopjaar 2025 ziet er als volgt uit:

Uiterste datum	Inkoopactiviteit medisch-specialistische zorg
1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid op: <a href="http://www.zorgenzekerheid.nl">www.zorgenzekerheid.nl</a> .
September 2024	Starten met aanbieden zorgovereenkomsten aan zorgaanbieders.
10 november 2024	Uiterste datum van ondertekening in het Zorginkoopportaal van VECOZO.
12 november 2024	Informeren van verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod via de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid.
Gedurende heel 2024	Publicatie van eventuele aanvullingen en wijzigingen op het zorginkoopbeleid op: <a href="http://www.zorgenzekerheid.nl">www.zorgenzekerheid.nl</a> .

Als naar het oordeel van Zorg en Zekerheid omstandigheden aanleiding geven het zorginkoopbeleid en de zorginkoopprocedure tussentijds aan te passen, zullen wij u hierover informeren via een bericht op onze [website](#).

## 7 Heeft u vragen?

Wij hopen dat u een helder beeld heeft van het zorginkoopbeleid Medisch-specialistische zorg 2025 van Zorg en Zekerheid. Heeft u vragen over de contractering, dan kunt u deze vragen per e-mail stellen via [contractbeheer@zorgenzekerheid.nl](mailto:contractbeheer@zorgenzekerheid.nl). U kunt Zorg en Zekerheid tussen 8 en 12 uur telefonisch bereiken op 071 582 5441.

### 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 interne factoren, externe factoren waaronder 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.

## Bijlage 1: Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

### Inleiding

#### *Verduurzamen van de zorgsector*

De zorgsector is verantwoordelijk voor 7% van de CO<sub>2</sub>-uitstoot, 13% van het grondstofverbruik en 4% van het afval in Nederland (RIVM, 2022). Dat heeft ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid.<sup>4</sup> Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap (Zvw- en Wlz-breed). Daarom zetten we samen met zorgaanbieders in op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector en monitoring daarvan.

We doen dit op basis van de afspraken die in Nederland gemaakt zijn in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0). De GDDZ 3.0 is op 4 november 2022 door zorgbranches<sup>5</sup>, kennisinstituten, ministeries, de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland getekend. De kaders van de Green Deal zijn het Rijksbrede beleid en (internationale) wetgeving, waaronder 55% CO<sub>2</sub>-reductie in 2030, 50% minder gebruik van primaire abiotische grondstoffen in 2030 en de Ketenaanpak Medicijnresten uit Water. Meer informatie hierover is te vinden in de GDDZ 3.0.<sup>6</sup>

#### *CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)*

Een nieuwe ontwikkeling is de Europese CSRD die bedrijven en organisaties verplicht te rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Dit geldt niet alleen voor de impact van de eigen bedrijfsvoering, maar voor impacts in de gehele keten van leveranciers en afnemers van de rapporterende organisatie. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 2026) te rapporteren conform de CSRD-vereisten over het verzekeringsjaar 2025.<sup>7</sup> Dit betekent dat wij mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van onze leveranciers en zorgaanbieders nodig hebben. We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die zorgverzekeraars van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving. De zorgverzekeraars stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0- partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Hoe dit er voor 2025 precies uit gaat zien, is op dit moment nog niet bekend. Zodra hierover meer duidelijk is, zult u door de zorgverzekeraars worden geïnformeerd. We spannen ons in om hierover zo snel mogelijk, en bij voorkeur voor 30 juni 2024, duidelijkheid te kunnen bieden.

### Zorginkoopbeleid 2025

Om samen met zorgaanbieders in te zetten op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector, verwachten we van zorgaanbieders dat zij:

- zich committeren aan de doelen van de GDDZ 3.0 die op 4 november 2022 tussen zorgpartijen is overeengekomen voor de periode tot en met 2026. Wij bedoelen met commitment dat de zich committerende zorgaanbieder zich in beleid en handelen aantoonbaar en uitlegbaar richt op het realiseren van de doelstellingen van de GDDZ3.0.;

<sup>4</sup> [Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuvoetafdruk en voorbeelden voor een goede zorgomgeving | RIVM](#)

<sup>5</sup> Voor de Zvw-bekostigde zorgverlening betreffen de GDDZ3.0-partners de zorgbranches Actiz, de Nederlandse ggz, KNMP, NFU en NVZ.

<sup>6</sup> [Green Deal Samen werken aan duurzame zorg \(Green Deal 3.0\)](#)

<sup>7</sup> Sommige (grotere) zorgverzekeraars rapporteren al per 2025 conform de CSRD-vereisten (over verzekeringsjaar 2024).

- duurzaamheid verankeren in hun strategie. Van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in geval zij verplicht zijn een jaarverslag te maken maar niet CSRD-plichtig zijn, in het jaarverslag ook rapporteren over de duurzaamheidsprestaties van hun organisatie (voor zo ver beschikbaar) en hoe die zich verhouden tot doelen en ambities van de organisatie (voor zo ver bepaald);
- conform GDDZ3.0 (art. 4.2.e.) een mobiliteitsplan hebben opgesteld gericht op het terugdringen van de CO<sub>2</sub>-emissie t.g.v. vervoersbewegingen van medewerkers (alleen zorgaanbieders met meer dan 100 fte).<sup>8</sup>

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector. Zie [www.zn.nl](http://www.zn.nl) voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars daartoe hebben verzameld.

---

<sup>8</sup> [RVO inzake rapportage werkgebonden personenmobiliteit; MPZ inzake wetgeving werkgebonden personenmobiliteit](#)



## Bijlage 2: Aanvullende minimum- en kwaliteitseisen

### Per sector

#### *Minimum- en kwaliteitseisen – MSZ breed*

- De instelling levert verantwoorde zorg die voldoet aan de kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep
- Het volledige medische personeel van de instelling beschikt over een BIG-registratie, waarvan de medisch-specialisten zijn geregistreerd in het specialistenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
- De instelling beschikt over een geaccrediteerd of gecertificeerd Veiligheidsmanagementsysteem conform de NEN8009:2018.
- De instelling neemt deel aan de relevante landelijke kwaliteitsregistraties en zorgt dat deze resultaten voor de zorgverzekeraar beschikbaar komen.
- De instelling is in bezit van het ZKN, HKZ, NIAZ of ISO-certificering voor de zorg en handelt hiernaar.
- De instelling voert patiënttevredenheidsmetingen (CQI's/PREMS/PROMS) uit.
- Zorgaanbieder draagt zorg voor gestructureerde en goede verslaglegging conform de (door Palga) vastgestelde protocollen, met volledigheid en juistheid van de registratie door de zorgprofessional.
- De zorgaanbieder spant zich in om diens patiënten te verwijzen naar de kanalen van de Patiëntenfederatie Nederland en ZorgkaartNederland.nl om een recensie achter te laten om zo het aantal en aandeel geverifieerde reviews te doen toenemen.

#### *Minimum- en kwaliteitseisen – Ziekenhuizen*

- Alle specialisten werkzaam binnen het ziekenhuis nemen deel aan het Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS).
- Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor het volledige behandeltraject, uitgevoerd door het ziekenhuis zelf of door een andere instelling op basis van onderlinge dienstverlening, dat past bij de aandoening of de ziekte conform de huidige stand van wetenschap en praktijk en waarop de patiënt is aangewezen (stepped care).
- Het ziekenhuis voert behandelingen, waarvoor normen van SONCOS of NvvH gelden, enkel uit als zij voldoet aan deze normen.

#### *Minimum- en kwaliteitseisen – Zelfstandige behandelcentra (ZBC's)*

- ZBC's hebben een goede achterwachtregeling en een samenwerkingsverband met een nabijgelegen ziekenhuis voor onder andere de opvang van 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: laagcomplexe zorg met een hoog volume. Invasieve behandelingen worden alleen toegestaan voor patiënten met een ASA-classificatie van 2 of lager.
- De minimale zorgomzet gebaseerd op verzekeren van Zorg en Zekerheid van een bestaande of nieuwe ZBC moet minimaal € 100.000 zijn, of Zorg en Zekerheid heeft minimaal 25% marktaandeel binnen de ZBC, of de ZBC is minimaal twee jaar volwaardig in bedrijf.
- Nieuwe zorgaanbieders worden niet gecontracteerd als bij die nieuwe zorgaanbieder 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.

- Bij de ZBC zijn medisch-specialisten werkzaam met een gezamenlijk dienstverband van minimaal 1,2 fte.

#### *Minimum- en kwaliteitseisen – Dialysecentra*

- Dialysecentra nemen deel aan beroepsinhoudelijke multidisciplinaire visitatie
- De zorgverzekeraar contracteert dialysecentra op basis van HKZ-certificering. Een nieuw dialysecentrum moet binnen twee jaar HKZ gecertificeerd zijn.

#### *Minimum- en kwaliteitseisen – Eerstelijns diagnostische centra (EDC's)*

- Het EDC neemt deel aan externe kwaliteitscontroles.
- Het EDC beschikt onder andere over een elektronisch laboratoriumdossier en sluit aan op ZorgDomein.
- Het EDC volgt specifiek de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek, waaronder het hanteren van een probleem-georiënteerd aanvraagformulier.
- Het EDC beschikt over een plan van aanpak, waarin is vastgelegd hoe het EDC aanvragers via Diagnostisch Toetsoverleg (DTO), scholing, terugkoppeling en adviezen tot rationeel aanvraaggedrag kan brengen.
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de diverse voorzieningen is geborgd.

#### *Minimum- en kwaliteitseisen – Medisch-specialistische revalidatiezorg*

- 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 verleent de zorg volgens de landelijke richtlijnen en volgens de eisen, zoals zijn vastgelegd in het vigerende Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde en de diagnose gebonden behandelkaders van de beroepsgroep/VRA.
- De indicatiestelling vindt plaats conform nieuw ZiNL standpunt: [Standpunt - Verduidelijkte criteria voor vergoeding medisch-specialistische revalidatie | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)
- De zorgaanbieder levert medisch-specialistische revalidatiezorg door middel van een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een revalidatiearts
- De kwaliteitscriteria zijn van toepassing bij de inkoop van MSR-zorg, geformuleerd in de Werkwijzer Medisch Specialistische Revalidatie, handreiking bij de kwaliteitsbeoordeling van de Werkgroep Revalidatie VAGZ (1-4-2018).
- De instelling heeft een aantoonbare meerwaarde op het gebied van kwaliteit en/of regionaal zorgaanbod.
- Bij de instelling zijn medisch-specialisten werkzaam met een gezamenlijk dienstverband van minimaal 1,2 fte.
- De minimale zorgomzet gebaseerd op verzekerden van Zorg en Zekerheid van een bestaande of nieuwe instelling moet minimaal € 100.000 zijn, of Zorg en Zekerheid heeft minimaal 25% marktaandeel binnen de instelling, of instelling is minimaal twee jaar volwaardig in bedrijf.

#### *Minimum- en kwaliteitseisen – Trombosediensten*

- De trombosedienst neemt deel aan externe kwaliteitscontroles.
- De trombosedienst volgt onder andere de LESA Antistolling en de Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling (LSKA).
- De trombosedienst beschikt onder andere over een elektronisch laboratoriumdossier en sluit aan op ZorgDomein.
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de diverse voorzieningen is geborgd.

#### *Minimum- en kwaliteitseisen – Audiologische centra*

- Het audiologisch centrum 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.
- Het audiologisch centrum voldoet aan het veiligheidsbeleid van de FENAC.

#### *Minimum- en kwaliteitseisen – Centra voor protonentherapie*

- De instelling heeft een geldige vergunning op basis van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor het toepassen van protonentherapie.