

CZ Zorginkoopbeleid 2025

Medisch-Specialistische Zorg

Inhoudsopgave

Medisch-Specialistische Zorg	2
Vorbehoud	2
1 Visie van CZ groep op de medisch-specialistische zorg	3
1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave	3
1.2 Visie op medisch-specialistische zorg	3
2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	6
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2025	6
2.2 Inhoudelijk beleid	6
2.3 Transformatie en samenwerking	18
2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	19
3 Proces contractering 2025	20
3.1 Tijdpad	20
3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	21
3.3 Bereikbaarheid	21
Bijlagen	23
Bijlage 1 Behandelingen die we niet vergoeden	23
Bijlage 2 voorwaarden voor een contract 2025	27

Medisch-Specialistische Zorg

Zorginkoopbeleid

Medisch-Specialistische Zorg 2025

laatste update 28-3-2024

Voorwoord

De toegankelijkheid van de zorg staat meer dan ooit onder druk. Alleen door de handen ineen te slaan kunnen we ervoor zorgen dat mensen ook in de toekomst de zorg krijgen die ze nodig hebben. Hiervoor is een transformatie van de zorg noodzakelijk, binnen de medisch-specialistische zorg én daarbuiten. Door goede lokale en regionale samenwerkingsafspraken met andere zorgaanbieders kan de in- en uitstroom verder worden geoptimaliseerd. Door verregaande digitalisering en passende zorg kan de arbeidsproductiviteit binnen de medisch-specialistische zorg worden verhoogd. We bereiken een efficiëntere personele inzet en een betere kwaliteit daarnaast door het regionaal aanscherpen van profielkeuzes en het functioneren in netwerken. Met al deze maatregelen willen we de toegankelijkheid en de betaalbaarheid verbeteren.

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving door OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep). Wijzigingen in wet- of regelgeving, gerechtelijke uitspraken en overige onvoorziene omstandigheden kunnen tot gevolg hebben dat het inkoopbeleid en/of de inkoopprocedure moet worden aangepast. Indien er een reden voor aanpassing aanwezig is, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. De aanpassingen zullen dan zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden. Als er zich situaties voordoen waarin dit inkoopbeleid niet voorziet, dan heeft CZ groep de mogelijkheid om zelfstandig, aan de hand van de stand van zaken, te bepalen hoe daarmee om wordt gegaan.

1 Visie van CZ groep op de medisch-specialistische zorg

1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave

De toegankelijkheid van de zorg staat meer dan ooit onder druk. Door een toenemend aantal ouderen, chronisch zieken en mensen met meerdere aandoeningen blijft de vraag naar zorg stijgen. Tegelijkertijd neemt het zorgaanbod af door een oplopend tekort aan gekwalificeerd zorgpersoneel. Alleen met samenhangende en maatschappelijk gedragen interventies kunnen we harde pakketmaatregelen voorkomen. Initiatieven voor passende zorg zouden dan ook vooral moeten leiden tot arbeidsbesparingen bij minimaal gelijkblijvende kwaliteit zodat met minder mensen meer zorg verleend kan worden. Door regionale samenwerkingsafspraken te maken en de zorg onderling nog beter op elkaar af te stemmen, bereiken we efficiëntere zorg. Ook de inzet op meer concentratie en spreiding kan een bijdrage leveren aan de effectievere inzet van personeel en dure infrastructuur. Daardoor ontwikkelt iedere zorgaanbieder een herkenbaar profiel. Dit alles verbetert de toegankelijkheid van de zorg.

1.2 Visie op medisch-specialistische zorg

Ook in de medisch-specialistische zorg staat de toegankelijkheid onder druk. Nu al leiden personeelstekorten tot hoge wachttijden voor poliklinische en planbare zorg. Snelle oplossingen zijn niet voorhanden, maar vergen een lange adem, waarbij inzet en commitment van alle partijen noodzakelijk is.

Om zorgpersoneel te behouden en aan te trekken zijn voldoende zeggenschap, minder administratieve lasten, voldoende werkplezier en adequate arbeidsvoorwaarden cruciaal. We zien ook veel mogelijkheden in het anders vormgeven van het zorgaanbod, waardoor er meer zorg met minder mensen kan worden verleend. Denk aan meer passende zorg en het ondersteunen van zorgpersoneel met innovatieve en technologische innovaties. Daarnaast zien we kansen in een verdere concentratie en spreiding van zorg, wat leidt tot een herkenbaar ziekenhuisprofiel. Om dit te bereiken, is een optimale regionale samenwerking nodig met zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars.

Verder moeten we oog blijven houden voor de betaalbaarheid van de zorg. Zorgpremies leggen een steeds groter beslag op het gemiddeld besteedbare inkomen van mensen. Hogere zorgkosten leiden tot meer individuele problematiek en zetten de solidariteit voor ons zorgstelsel steeds verder onder druk.

Samen moeten we hier de schouders onder zetten. CZ groep draagt in zijn kernwerkgebied actief bij aan de regionale overlegtafels en stimuleert betekenisvolle bijdragen via transitiegelden. Buiten ons kernwerkgebied volgen we in principe de marktleider in diens keuze. Door meer datagedreven informatie in te zetten via regiobeelden en regioplannen streven wij naar verdere focus en prioritering van veelbelovende initiatieven.

1.2.1 Kernpunten beleid

De uitdaging is vooral om de toegankelijkheid van de zorg te behouden door meer passende zorg te leveren. Passende zorg is van ons allemaal: patiënten, zorgaanbieders, de overheid, het zorginstituut, gemeenten en zorgverzekeraars. Initiatieven voor passende zorg moeten bijdragen aan een hogere arbeidsproductiviteit en arbeidsbesparing, en zo aan het behoud van de toegankelijkheid. Veranderingen in de zorg moeten dan ook getoetst worden op hun effect. Binnen de muren van het ziekenhuis, maar zeker ook daarbuiten. Via (meerjarige) zorginkoopafspraken en door samen te werken met zorgaanbieders, nemen wij onze verantwoordelijkheid en stimuleren we deze beweging. Daarbij benutten we waar mogelijk de landelijke transformatiemiddelen. Initiatieven die niet aantoonbaar bijdragen aan een per saldo lagere personeelsinzet, zijn onvoldoende toekomstbestendig. Daarom ondersteunen we die in beginsel niet.

Ons beleid bestaat uit 5 kernpunten, die we hieronder verder uitwerken:

- digitalisering;
- gepast gebruik;

- de implementatie van doelmatigheidsinitiatieven voor dure geneesmiddelen;
- herinrichten waar en wanneer;
- regionale samenwerking met concentratie en spreiding.

Digitalisering

Digitale zorg wordt vaak gezien als een instrument om de kwaliteit te verhogen, maar het biedt juist een mogelijke oplossing voor de toenemende personeelstekorten. Om deze potentie te benutten, moet het zorgaanbod echt anders worden vormgegeven. Digitale zorg moet de traditionele zorg vervangen in plaats van ernaast worden aangeboden. CZ groep zet dan ook onverminderd in op ‘passende hybride en digitale zorg: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan’. Ons doel is dat eind 2025 een groot deel van de zorgpaden op een hybride manier is vormgegeven. Veel ziekenhuizen zijn hier al mee begonnen. Om zorgpersoneel verder te ondersteunen en de arbeidsproductiviteit te verhogen, moeten bewezen initiatieven snel worden opgeschaald. We moeten de traditionele zorg voor grote groepen chronische patiënten anders vormgeven om personeel vrij te spelen voor andere noodzakelijke zorg. Een vervolgstap om digitalisering nog efficiënter in te zetten, kan liggen in het creëren van medische servicecentra die ziekenhuizen werk uit handen kunnen nemen en een grote rol kunnen spelen op het gebied van thuismonitoring en informatievoorziening voor de patiënt.

We realiseren ons dat voor deze doelen een grote inzet nodig is van alle partijen. Wij stimuleren deze ontwikkelingen ook via specifieke zorginkoopafspraken. In paragraaf 2.2.1 leest u hoe wij dit verwerkt hebben in onze inkoopvoorwaarden voor 2025.

Gepast gebruik

Zorginstituut Nederland bepaalt welke zorg tot het verzekerde pakket behoort. Wij hebben hierbij een signalerende rol en sturen aan op duidelijke keuzes en een heldere afbakening. Bewezen niet-effectieve zorg moet ook niet meer worden uitgevoerd door zorgaanbieders. Binnen het traject Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) blijven we daarnaast monitoren welke zorginzet afwijkend is en maken we afspraken om die te verbeteren. Ook voor 2025 blijven wij ons richten op passende zorg die zichtbaar bijdraagt aan een efficiëntere personeelsinzet en meer doelmatigheid. In paragraaf 2.2.1 leest u meer over onze voorgenomen activiteiten voor 2025.

Implementeren van doelmatigheidsinitiatieven voor dure geneesmiddelen

Voor de komende jaren verwachten we opnieuw een sterke kostengroei van dure geneesmiddelen. Dit heeft een aantal oorzaken:

- Door ontwikkelingen in de demografie en incidentie neemt het aantal gebruikers toe.
- Er worden veel nieuwe specialités en indicatie-uitbreidingen van bestaande specialités verwacht.
- Er stromen zeer dure gentherapieën, celtherapieën en weesgeneesmiddelen in.
- Er verlopen weinig impactvolle patenten.

Toch zien we ook een belangrijk potentieel op het gebied van dure geneesmiddelen. Het veld ontwikkelt impactvolle initiatieven voor meer doelmatigheid, met de ondersteuning van onder andere Treatmeds en ZonMw. Wij zien een belangrijke rol voor alle zorgaanbieders om bewezen effectieve initiatieven te implementeren om verdere verdringing van de reguliere zorg te beperken. In paragraaf 2.2.4 leest u meer over ons voorgenomen beleid voor intramurale farmacie.

Herinrichten waar en wanneer

CZ groep wil dat de benodigde zorg op de juiste locatie en op het juiste moment in het zorgproces wordt geleverd. Chronische en electieve zorg moet het liefst tijdig en dicht bij huis beschikbaar zijn met een goede afstemming met de eerste lijn. Voor complexe (oncologische) zorg kan een concentratie van zorg verder weg belangrijk zijn voor een betere kwaliteit. Niet-vrijblijvende samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders zijn dan belangrijk om optimale zorg te garanderen, ongeacht de plek waar de patiënt als eerste binnenkomt. Door te participeren in formele netwerken met uniforme zorgpaden borgen zorgaanbieders dat tijdig de juiste diagnostiek wordt ingezet, de chirurgische ingreep zo nodig in een geconcentreerde setting plaatsvindt en de nazorg adequaat volgens vaste standaarden verloopt.

Regionale samenwerking met concentratie en spreiding

CZ groep is een groot voorstander van een goede samenwerking tussen de regionale zorgaanbieders. Door zorgprocessen in de keten nog beter op elkaar af te stemmen, wordt immers de doorstroom bevorderd, wat een positief effect heeft op de totale personeelsinzet. Dit kan alleen wanneer er voldoende inzicht is in ieders actuele personele capaciteit. Door bijvoorbeeld voorafgaand aan een operatieve ingreep rekening te houden met de benodigde vervolgzorg en de thuiszorgorganisatie die dit kan invullen, wordt het ontslag uit het ziekenhuis vergemakkelijkt.

Het is onvermijdelijk dat we verdere keuzes moeten maken over wie welke zorg het beste kan uitvoeren. Per ziekenhuis moet nog nadrukkelijker bekeken worden op welke zorg zij zich richten (portfolio) en welke zorg beter door anderen gedaan kan worden. De totale zorgvraag blijft in de toekomst onverminderd groot, waardoor verschuivingen van zorg niet hoeven te leiden tot grote nadelige financiële consequenties voor afzonderlijke instellingen. Iedereen is hard nodig!

We moeten ons richten op de concentratie en spreiding van zorg. Door de concentratie van (hoog)complexe zorg kunnen we beter borgen dat het toenemende aantal patiënten verzekerd is en blijft van de beste zorg door schaars personeel en dure infrastructuur optimaal in te zetten. Door de spreiding van vooral planbare zorg kan de toegankelijkheid verbeteren, zo mogelijk ook dicht bij huis. Voor deze herinrichting moeten wel de juiste keuzes gemaakt worden. CZ groep wil hieraan graag een bijdrage leveren door op regionaal niveau planvorming voor te bereiden met historische inhoudelijke en financiële data.

2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2025

Voor 2025 richten we ons nog nadrukkelijker op de toegankelijkheid van de zorg. We willen dat de zorg binnen de landelijke Treeknormen beschikbaar is. Daarvoor is natuurlijk inzicht nodig in de actuele wachttijden en wachtlijsten. In overleg met zorgaanbieders achterhalen we de oorzaken van te hoge wachttijden en maken we onderling afspraken over de aanpak daarvan. Passende zorg met bijvoorbeeld een brede implementatie van thuismonitoring kan bijdragen aan een efficiënte inzetbaarheid van het beschikbare zorgpersoneel. Over deze en andere initiatieven om de toegankelijkheid te verbeteren, maken we graag concrete afspraken.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn daarnaast afspraken gemaakt over de financiële kaders. Deze kaders en het marktconform maken en houden van contractuele afspraken zijn het uitgangspunt voor de financiële afspraken voor 2025.

Ons zorginkoopbeleid 2025 is dan ook gericht op het afspreken van voldoende, kwalitatief goede en doelmatige zorg met arbeidsbesparende initiatieven die zichtbaar bijdragen aan het toegankelijk houden van de zorg.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2025

- De datum voor de indiening van de offertes is verschoven van 15 juni naar 1 september.
- We maken afspraken over inzicht in de actuele wachtlijsten en wachttijden, en maken verbeterafspraken om die te verminderen.
- De categorie-indeling bij de omzetplafonds voor de ziekenhuizen is komen te vervallen. Daardoor zijn de substitutiemogelijkheden groter. In de plaats daarvan maken we een Basisafpraak met eventueel afzonderlijke kavels.
- Uiterlijk op 1 september moeten de offertes voor de Eerstelijnsdiagnostiek (ELD) zijn ingediend voor de nieuwe contractafspraken 2025. Meer informatie vindt u in paragraaf 2.2.5 en het separate zorginkoopdocument ELD.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

De contractvoorwaarden vindt u in paragraaf 2.2, in hoofdstuk 3 en in bijlage 2. Deze zijn inhoudelijk niet gewijzigd ten opzichte van 2024.

2.2 Inhoudelijk beleid

Ook in 2025 contracteren we weer goede, tijdige en betaalbare zorg. In deze paragraaf leest u onze uitgangspunten voor de contractering voor 2025. Deze afspraken willen we vóór 1 november gereed hebben. Daarbij rekenen we uiteraard op uw medewerking.

Door transformatieplannen te faciliteren en zorginkoopafspraken te maken, geven wij invulling aan onze maatschappelijke opgaven. Daarbij richten we ons vooral op het borgen en verbeteren van de toegankelijkheid door de toegangstijden en de wachttijden binnen de Treeknormen te brengen. Hiervoor zijn vooral structurele arbeidsbesparende initiatieven nodig, zodat meer zorg door minder personeel geleverd kan worden. Wij denken hierbij aan meer digitale zorg, vooral voor chronische aandoeningen, en meer doelmatige zorg waar mogelijk. Natuurlijk houden we ons daarbij aan de financiële kaders in het IZA. Op deze manier draagt CZ groep bij aan het oplossen van de maatschappelijke opgaven. We hopen dat zorgaanbieders dit samen met ons willen doen.

Contractvormen

Elke situatie is anders. Lokale omstandigheden en prestaties van de zorgaanbieder zijn daarom medebepalend voor de inhoud en de vorm van onze contractuele afspraken. Onwenselijke verschillen tussen vergelijkbare zorgaanbieders willen we terugdringen.

Het IZA loopt tot en met 2026. Bij het schrijven van dit document is nog onduidelijk of het nieuwe kabinet het akkoord onverkort voortzet. Is dit het geval, dan bedraagt de looptijd nog 2 jaar. Dit maakt het lastig om langdurige contractuele verplichtingen aan te gaan. Wij willen de gewenste transitie graag faciliteren via meerjarige contracten, met passende afspraken over toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De onduidelijkheid over de voortzetting van het IZA met de beperkte resterende duur kan hiervoor echter een belemmering vormen. Als basisprincipe voor 2025 hanteren wij dan ook een p x q-contract met een zorgomzetplafond voor 1 jaar. Dit contract kan verlengd worden voor meerdere jaren als dit voor beide partijen een aantoonbare meerwaarde heeft. Naast de financiële aspecten willen we ook duidelijke en meetbare doelen vastleggen. Deze zijn onder meer gericht op het actueel houden van het aantal wachtenden, het verminderen van de wachttijden en het effectief inzetten van digitale en passende zorg. Per situatie beoordelen we welke contractvorm het meest wenselijk is.

Integrale geboortezorg

CZ groep blijft het integraal leveren van geboortezorg stimuleren. Ook op plaatsen waar (nog) geen afspraken voor integrale bekostiging zijn gemaakt, moet een verdere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn plaatsvinden om de toegankelijkheid nu en in de toekomst te garanderen. Wij vragen de ziekenhuizen nadrukkelijk om het gesprek aan te gaan met de eerstelijns verloskundigen binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) en initiatieven voor verdere samenwerking en een verschuiving van zorg gezamenlijk te verkennen. Voor meer informatie verwijzen we u graag naar het [zorginkoopbeleid Geboortezorg 2025](#).

Voorwaarden voor een contract

Bij het aangaan van overeenkomsten maken we onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Een bestaande zorgaanbieder heeft in 2024 een overeenkomst (medisch-specialistische zorg) met ons, op basis waarvan hij zorg bij ons heeft gedeclareerd. Zorgaanbieders die in 2024 geen overeenkomst (medisch-specialistische zorg) met ons hebben, beschouwen wij als nieuwe aanbieders.

In 2025 willen we de overeenkomst met bestaande zorgaanbieders voortzetten. Bepalend hierbij is dat de overeenkomst niet in de loop van 2024 is beëindigd én dat we voor 2025 overeenstemming bereiken over de inhoud van het contract. Iedere zorgaanbieder die voor een overeenkomst in aanmerking wil komen, moet voldoen aan specifieke eisen. Deze vindt u in bijlage 2.

2.2.1 Toegankelijkheid van zorg

De vraag naar zorg blijft stijgen, terwijl het personeelsaanbod juist stagneert of zelfs afneemt. Het gevolg is dat de wachttijden, vooral voor planbare electieve zorg, vaak hoger zijn dan gewenst. De urgente en acute zorg gaan gelukkig gewoon door, hoewel ook hier de tekorten merkbaar zijn. Voor de niet-acute zorg streven wij ernaar dat alle zorg regionaal binnen de Treeknormen geleverd wordt. Wij realiseren ons dat een tekort aan zorgpersoneel vaak de oorzaak is van de onderliggende knelpunten en dat de oplossing hiervan een lange adem vergt. Daarom zetten wij ook in op structurele aanpassingen voor passende en digitale zorg, zodat met minder mensen meer zorg geboden kan worden, waardoor de wachttijden kunnen verminderen. Tegelijkertijd maken we met zorgaanbieders afspraken over een continu actueel beeld van de omvang van de wachtlijsten en wachttijden. Patiënten moeten daarbij geïnformeerd worden over de mogelijkheden voor Zorgbemiddeling.

Acute zorg - ROAZ

Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) brengt het acute zorgaanbod in de regio in kaart. Zij lossen witte vlekken in de bereikbaarheid op en stemmen activiteiten af tussen de aanbieders van acute zorg. CZ groep neemt in 4 regio's actief deel aan deze ROAZ-overleggen (Brabant, Limburg, West en Zuidwest). Zo dragen we bij aan oplossingen voor knelpunten en het toegankelijk houden van deze zorg. In het IZA is afgesproken dat elke ROAZ-regio een transformatieplan opstelt om de acute zorg voor de komende jaren te borgen en te optimaliseren. Deze plannen bevatten onderwerpen als het voorkomen van acute instroom voor ouderen, het opzetten van een integrale triage via zorgcoördinatie en het zorgen voor een aantrekkelijke arbeidsmarkt voor nieuwe en bestaande zorgmedewerkers. CZ groep is in de genoemde regio's nauw betrokken en mede verantwoordelijk voor het opstellen van deze transformatieplannen.

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie ondersteunt patiënten en zorgverleners bij het vinden van passende zorg bij een acute zorgvraag. Dit kan bijvoorbeeld gaan om het inzetten van de huisartsenpost, ambulancezorg of ongeplande nachtzorg. Ook kan zorgcoördinatie helpen bij het afschalen van de urgentie van de (acute) zorgvraag (triage) en bij het vinden van vervolgzorg voor een patiënt, bijvoorbeeld een bed voor eerstelijnsverblijf. Zorgcoördinatie kan hiermee, door het regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren, bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in Nederland. Voor patiënten blijft de toegang tot acute zorg overzichtelijk, want zorgcoördinatie komt samen in 1 (virtueel) loket.

In het IZA is afgesproken om te streven naar een landelijk dekkende inkoop van zorgcoördinatie vanaf 1 januari 2025. Landelijke partijen werken hiervoor samen aan een implementatieplan. We verwachten dat u hier als zorgaanbieder uitvoering aan geeft. Het ROAZ voert de regionale uitwerking van zorgcoördinatie uit. Zorgverzekeraars volgen de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie in relatie tot ons gepubliceerde zorginkoopbeleid. Als deze ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven, publiceren wij aanvullend beleid.

Wachttijden in de reguliere zorg

Zorgaanbieders zijn verplicht om elke 2 weken de wachttijden voor electieve medisch-specialistische zorg inzichtelijk te maken voor patiënten en zorgverzekeraars. Op basis hiervan kunnen wij de klinische en poliklinische wachttijden monitoren per specialisme, per zorgaanbieder en per regio. Naast de wachttijden is ook een juiste opgave van het aantal actief wachtenden per aandoening belangrijk. Wij verwachten van ziekenhuizen dat zij steeds over het correcte aantal wachtenden beschikken waarvan de behandeling direct kan starten.

Binnen ons kernwerkgebied willen we frequent met ziekenhuizen overleggen over:

- de aard en omvang van de overschrijdingen van de Treeknorm met de onderliggende redenen;
- de omvang van de wachtlijsten per aandoening van verzekerden van CZ groep (zodat ook CZ Zorgbemiddeling effectief kan worden vormgegeven);
- de veranderingen die worden ingezet voor structurele aanpassingen van de arbeidsinzet en daarmee verbeteringen voor een betere toegankelijkheid.

Mocht blijken dat bepaalde knelpunten veroorzaakt worden door financiële afspraken, dan onderzoeken we of we deze kunnen oplossen door bij te contracteren (zie paragraaf 2.2.3.2). Daarbij geldt de voorwaarde dat de zorgaanbieder (achteraf) aantoont dat de eventuele extra middelen ook echt hebben geleid tot een betere toegankelijkheid.

Naast bovenstaande acties kunnen we patiënten desgewenst naar een andere zorgaanbieder bemiddelen. CZ groep heeft een Zorgteam, dat bestaat uit adviserend verpleegkundigen die verzekerden hier in specifieke situaties mee kunnen helpen.

Digitale zorg

We hebben onze visie en ambities op het gebied van digitale zorg verder uitgewerkt op www.cz.nl/zorgaanbieder/digitalezorg. Daarnaast vindt u in de [Gezamenlijke ambities zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025](#) de afspraken die we op ZN-niveau hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen.

Digitale zorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan een betere toegankelijkheid van de zorg. Initiatieven die kunnen bijdragen aan een betere toegankelijkheid zijn:

-
- het verkorten van de ligduur door monitoring op afstand (thuismonitoring);
 - polikliniekbezoeken op afstand in plaats van fysiek (digitaal consult);
 - continue thuismonitoring van chronische patiënten (minder opnames, vroegsignalering).

We verwachten van ziekenhuizen dat zij uiterlijk op 1 juni hun strategische beleidsplan delen, waarin zij aangeven hoe ze invulling geven aan hun maatschappelijke opgaven op het gebied van toegankelijkheid en betaalbaarheid. We gaan ervan uit dat zij daarbij ook concreet laten zien hoe digitale zorg hieraan een bijdrage kan leveren:

- Wat is de integrale visie van het ziekenhuis op het gebied van digitale zorg (inclusief telemonitoring)?
- Wat is de aanpak van het ziekenhuis rondom de selectie van geschikte zorgpaden en hoe worden de geschikte zorgpaden herontworpen?
- Voor welke doelgroepen en in welke mate wordt telemonitoring in 2025 en in de jaren daarna ingezet?
- Welke apps worden momenteel binnen het ziekenhuis geïmplementeerd en hoe wordt de ondersteuning vanuit de leveranciers ervaren?
- Hoe borgt het ziekenhuis een passende schaalgrootte?
- Hoe borgt het ziekenhuis de kostenneutraliteit?

Onze ambitie is dat eind 2026 70% van de geschikte zorgpaden hybride is en deze zorgprocessen minimaal 50% inclusie behalen. Om dat te bereiken, hanteren we voor 2025 de volgende ambities:

- In 2024 is in kaart gebracht welke zorg vanaf 2025 hybride of digitaal geleverd gaat worden en welke fysieke zorg wordt afgeschaald. Van de geschikte zorgpaden en zorgprocessen is in 2025 40% uitgetekend en in gebruik.
- In 2025 wordt gestuurd op het includeren van een substantieel aantal patiënten of cliënten binnen de hybride of digitale zorgpaden en zorgprocessen, mits dit doelmatig is en past bij de zorgvraag.

Elektronische gegevensuitwisseling is hiervoor een van de randvoorwaarden.

Wij vragen ziekenhuizen om in hun strategische beleidsplan aan te geven in welke mate zij denken te gaan voldoen aan bovenstaande ambities. Binnen ons kernwerkgebied gaan we graag met de ziekenhuizen in gesprek over deze plannen. Daarbij toetsen we of onze toekomstvisies en tijdspaden overeenkomen of waar deze verschillen. We bespreken ook graag op welke manier onze contractafspraken kunnen bijdragen aan meer digitale zorg.

Telemonitoring

Een belangrijke factor voor deze ambities is een succesvolle implementatie van telemonitoring voor chronische zorg. Sinds 2023 kan de add-on-prestatie telemonitoring separaat gedeclareerd worden. FMS, NVZ, NFU en ZN hebben hiervoor een handreiking telemonitoring opgesteld. Voor ons is deze handreiking leidend om onze inkoopvoorwaarden verder uit te werken.

Om voor de declaratie van de add-on in aanmerking te komen, moet de zorgaanbieder aantonen dat de prestatie voldoet aan de inhoudelijke prestatiebeschrijving van de NZa en dat de zorgaanbieder akkoord gaat met minimaal budgetneutraliteit.

Buiten ons kernwerkgebied volgen we in principe de afspraken met de 2 marktleiders, waarbij de hoogte van de tarieven bilateraal wordt bepaald.

Zorgevaluatie en Gepast Gebruik

Gepast gebruik van zorg is belangrijk, omdat dit bijdraagt aan de doelmatige inzet van de schaarse personele en financiële middelen. Daarom kijken we naar de manier waarop de zorg binnen het ziekenhuis wordt aangeboden (relatief veel conservatief of operatief, klinisch of poliklinisch) én hoe de regionale zorgketen functioneert. Wellicht zijn hier verbeteringen mogelijk. CZ groep wil zich breed inzetten om hier een succes van te maken.

In 2021 hebben de koepels NVZ en ZN een plan van aanpak opgesteld om de implementatie van Gepast Gebruik te versnellen. Met de ziekenhuizen waar CZ groep marktleider is, maken we jaarlijks afspraken over de onderwerpen uit de ZE&GG-implementatieagenda. In andere situaties volgen we de lokale afspraken hierover. In 2025 willen we bereiken dat er voor alle relevante onderwerpen op de implementatieagenda binnen 1 jaar aantoonbaar resultaat wordt geboekt (conform het IZA). Daarnaast dragen we ook zelf onderwerpen aan die impact hebben op de

toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Dit kunnen ook *Passende Zorgpraktijken* van Zorginstituut Nederland zijn. Dat zijn voorbeelden uit de praktijk die een zichtbare impact hebben op meer mensgerichte, houdbare en duurzame zorg. Passende zorgpraktijken laten de zorg van de toekomst zien en zijn daarmee een praktisch voorbeeld voor anderen. De verbeterafspraken en de mate van implementatie leggen we vast in het inkoopcontract.

2.2.2 Kwaliteit van zorg

CZ groep vindt het belangrijk dat de zorg van goede kwaliteit is. Bij de contractering voor 2025 besteden we bijzondere aandacht aan de volgende zaken:

- De zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- We maken resultaatgerichte afspraken over relevante onderwerpen uit de ZE&GG-agenda.
- Artsen en patiënten moeten samen beslissen over de behandelkeuzes om aan te sluiten bij de individuele situatie en wensen van de patiënt.
- Voor hoogcomplexiteit en laagvolume-aandoeningen hanteren wij de landelijke minimumnormen. Bij diverse aandoeningen leggen wij de lat echter hoger. Hiervoor hebben we *Stichting Egidius Zorgconcepten* opgericht, die expertzorg nastreeft bij de deelnemende ziekenhuizen. Voor enkele aandoeningen kopen we de zorg selectief in.
- Met ziekenhuizen binnen ons kernwerkgebied voeren we kwaliteitsbesprekingen en maken we verbeterafspraken die in de contracten worden opgenomen.

2.2.2.1 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. In bijlage 1 zijn een aantal behandelingen opgenomen waarvan Zorginstituut Nederland heeft vastgesteld dat ze niet voldoen aan bovenstaand criterium.

2.2.2.2 Stichting Egidius Zorgconcepten

Prostaat­kanker en maag/slokdarmkanker

Sinds enkele jaren voert Stichting Egidius Zorgconcepten een cyclus van kwaliteitsverbetering uit voor de prostatectomie. De verbetercycli zijn in 2023 uitgebreid met indicatoren voor diagnostiek. De verbetercycli hebben aanleiding gegeven voor verbetertrajecten, zoals het gebruik van neurosafe, het onderzoek van snijvlakken, de beoordeling van MRI's en het pathologieverslag.

Voor maag- en slokdarmkanker is de cyclus van kwaliteitsverbetering ingericht voor het hele zorgpad. Naar aanleiding hiervan zijn verbeterafspraken gemaakt op het gebied van het MDO, palliatieve zorg en het pathologieverslag. In 2024 en 2025 zetten we dit voort en willen we meerdere oncologische netwerken aan laten sluiten.

Nierkanker en blaaskanker

CZ groep is in gesprek met 3 koplopernetwerken om het Egidius-zorgconcept in te richten voor blaaskanker. De nadruk ligt daarbij op het bepalen van de kritische momenten in het zorgpad en de ontwikkeling van indicatoren. In afwachting van dit proces zijn we nog niet gestart met de inrichting voor nierkanker.

2.2.2.3 Samen Beslissen en My Best Treatment

CZ groep wil dat artsen en patiënten steeds samen beslissen over behandelkeuzes, zodat deze aansluiten bij de individuele situatie en wensen van de patiënt. We willen dat patiënten in elk ziekenhuis in ons kernwerkgebied samen met hun zorgverlener kunnen beslissen over hun behandeling. Ziekenhuizen kunnen gebruikmaken van de instrumenten en diensten vanuit het programma Uitkomstgerichte Zorg (zie Samen Beslissen | Thema | uitkomstgerichtezorg) aanvulling op Samen Beslissen is ook Advance Care Planning (ACP) een belangrijk beslismoment. Daarvoor is het belangrijk dat betrouwbare keuzehulpen beter beschikbaar worden en goed worden onderhouden. Partijen geven prioriteit aan keuzehulpen die ACP ondersteunen en die gericht zijn op IZA-doelgroepen. Hiermee werken we voor de medisch-specialistische zorg het Kwaliteitskader palliatieve zorg verder uit.

Iedere patiënt is uniek en daarom wil CZ groep met het programma My Best Treatment (MBT) de inzet van gepersonaliseerde zorg in Nederland vergroten. Door de behandeling af te stemmen op de persoonlijke (biologische) kenmerken van de patiënt, kan de kwaliteit van zorg toenemen. Met het programma MBT streven we naar het verminderen van het aantal inefficiënte behandelingen en het voorkomen van onnodige bijwerkingen. Dat doen we door een combinatie van voorspellende technieken, digitale gepersonaliseerde keuzehulpen en de actieve betrokkenheid van de patiënt.

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.

2.2.2.4 Patiëntervaringen

Wij vinden het belangrijk dat patiënten de ervaringen met hun zorgverlener delen met anderen. Met steun van CZ groep heeft de Patiëntenfederatie (PFN) de afgelopen jaren gewerkt aan het opschalen van patiëntervaringen (PREM's) via ZorgkaartNederland. Het streven is om het aandeel geverifieerde waarderingen te vergroten. Dit zijn waarderingen van patiënten die door hun zorgaanbieder zijn uitgenodigd om een waardering te schrijven. Doordat de herkomst en behandelrelatie zijn gecontroleerd door de redactie, is dit oordeel minder fraudegevoelig dan een willekeurige review. In de medisch-specialistische zorg is het aandeel geverifieerde waarderingen nog laag (14%). Daarom willen wij met zorgaanbieders afspreken dat zij hun patiënten verwijzen naar de kanalen van de PFN en ZorgkaartNederland om hier een recensie achter te laten. Hierdoor verwachten wij meer geverifieerde reviews, zodat patiënten beter hun keuze voor hun zorgverlener kunnen maken.

2.2.2.5 Minimumnormen en selectieve inkoop

Minimumnormen

Voor 2025 houden we in onze zorginkoop rekening met de huidige minimumnormen die de beroepsgroepen vaststellen. Zoals afgesproken in het IZA, worden er de komende jaren aanzienlijk hogere volumennormen vastgesteld voor 15 tot 20 nieuwe zorginterventies. CZ groep verwacht dat deze aanpassing een flinke kwaliteitsimpuls geeft. Wij zetten ons daarom landelijk en regionaal volop in om tot een goede normering te komen. Zodra deze nieuwe normen zijn vastgesteld, nemen wij die over (uiterlijk in de contracten voor 2026).

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 2025 doen we dit voor infectieprothesiologie, schisis en Mohs' micrografische chirurgie. We hebben besloten de selectieve inkoop voor borstkankerzorg vanaf 2025 te laten vervallen, omdat we de afgelopen jaren zagen dat er geen onderscheidend vermogen meer was op de gestelde kwaliteitsindicatoren. Voor de inkoop van de resterende 3 aandoeningen stellen we voor 2025 geen aanvullende eisen. Hiervoor hebben we een verantwoordingsdocument opgesteld, waarin we de keuze voor de indicatoren en de normering toelichten. Periodiek monitoren we de meest actuele data. Mogelijk voldoen ziekenhuizen dan niet langer aan onze kwaliteitsvoorwaarden. Dan contracteren we hen niet langer voor deze zorg. Als dit het geval is, brengen we het ziekenhuis hiervan tijdig op de hoogte.

2.2.3 Kosten van zorg

Voor het contract voor 2025 hanteren we de volgende financiële uitgangspunten:

- We hanteren in beginsel een zorgomzetplafond (inclusief doorleverplicht) met een combinatie van volume en prijs.
- De categorie-indeling (1 tot 6) uit voorgaande jaren is komen te vervallen.
- De groei van de kosten van dure geneesmiddelen moet uit het beschikbare kader bekostigd worden.
- We stimuleren verdere digitalisering en telemonitoring onder bepaalde voorwaarden.
- Passende zorg moet leiden tot een efficiënter gebruik van schaarse zorgcapaciteit.
- Voor de beoordeling van ziekenhuisverplaatste zorg hanteren we een *toetsingskader*.
- We hanteren diverse benchmarks om prijsvergelijkingen te maken.
- De realisatiecijfers monitoren we periodiek via een vast format.
- De plafondafspraken veranderen mee met de verzekerdenuitvoeringsmutaties.
- We maken aanvullende inkoopafspraken als dat nodig is.

Enkele van deze uitgangspunten lichten we hieronder verder toe.

2.2.3.1 Zorgomzet en kavel

Vanaf 2025 wordt de gebruikelijke categorie-indeling vervangen door een eenvoudiger en passender begrippenkader, waarmee de gemaakte financiële afspraken inzichtelijk worden vastgelegd. De afgesproken totale zorgomzet wordt verdeeld in kavel: MSZ Basisafpraak, Dure Niet-Planbare Zorg (DNPZ), overige kavel en/of dure geneesmiddelen (DGM). In de zorgovereenkomst wordt vastgelegd welke kavel van toepassing zijn. Per kavel is onderlinge substitutie mogelijk. Substitutie tussen kavel is niet toegestaan, tenzij dit expliciet anders is afgesproken en vastgelegd in de zorgovereenkomst.

Mochten er na de publicatie van dit zorginkoopdocument onverhoopt nog wijzigingen plaatsvinden, dan vindt u die op www.cz.nl/zorgaanbieder.

Basisverzekering / Aanvullende verzekering

De gemaakte financiële afspraken zijn alleen van toepassing op de zorg vanuit de basisverzekering. Onverzekerde zorg of zorg die wordt vergoed vanuit aanvullende verzekeringen, valt buiten de financiële afspraken en maakt dan ook geen deel uit van de afgesproken zorgomzet. Wel kunnen deze verrichtingen opgenomen worden in de VECOZO Prijslijst.

Verzekerdenmutaties

CZ groep kiest er ook in 2025 voor om de verzekerdenmutaties op basis van de Vektis-systematiek te verwerken in de afzonderlijke kavel, met uitzondering van DNPZ en ELD-KCL-MMB. Dit is conform de landelijke besluitvorming over de bepaling van de Vektis-verzekerdenmutatie.

2.2.3.2. Aanvullende zorginkoop

Voor 2025 kopen we voldoende zorgaanbod voor onze verzekerden in, regionaal en landelijk. Hierbij gaan wij ervan uit dat de afgesproken zorgomzetplafonds passend zijn 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 zijn we bereid om te bespreken of de afspraken onredelijk uitpakken voor een van de partijen en of onze zorgplicht (regionaal) in het gedrang komt. In dat geval kunnen we aanvullende afspraken maken, waarbij we de volgende voorwaarden hanteren:

- Er moet sprake zijn van een langer durende *regionale* overschrijding van de Treeknormen. (Als er binnen een regio voldoende zorg binnen de Treeknormen beschikbaar is, kan er geen bijcontractering worden aangevraagd. Zie ook paragraaf 2.2.3).
- De reguliere *zorgbemiddeling* leidt niet tot een oplossing van de situatie.
- De zorgaanbieder toont aan dat hij het afgesproken zorgomzetplafond op een redelijke manier gespreid heeft over het hele jaar en maakt aannemelijk dat het zorgomzetplafond wordt overschreden als er geen aanpassingen plaatsvinden.

-
- De zorgaanbieder moet een plan overleggen waarbij bijcontractering aantoonbaar bijdraagt aan een vermindering van de wachttijden.
 - De mate waarin de werkelijke kosten toenemen, is van invloed op de hoogte van een eventuele aanvullende afspraak.

Het verzoek om bij te contracteren moet binnenkomen tussen 1 juli en 1 oktober 2025, zodat er voldoende tijd is verstreken sinds de initiële contractering én er nog voldoende tijd resteert om een effectieve bijdrage te kunnen leveren aan de oplossing van het probleem. Hiervan kunnen we afwijken als de omstandigheden dit rechtvaardigen. Het verzoek kan worden ingediend bij de vaste zorginkoper en wij reageren hier binnen 4 weken op.

2.2.3.3 Benchmarks en volumeprognoses

De contractonderhandelingen worden vaak gekenmerkt door discussies over volume en prijs. Daarbij is het niet wenselijk dat er onduidelijkheid tussen partijen is over de gehanteerde (prijs)benchmarks en prognosecijfers. CZ groep beoordeelt de offertes voor 2025 aan de hand van prijsafspraken uit het verleden en andere ingediende offertes voor 2025. Primair zijn deze benchmarks gebaseerd op de gewogen gemiddelde prijzen per product. Deze kunnen vervolgens verbijzonderd zijn naar specifieke zorg, de regio of vergelijkbare instellingen (academisch, STZ-ziekenhuis, algemeen ziekenhuis of ZBC). Mochten zorgaanbieders behoefte hebben aan een verduidelijking van de methodiek die wij hanteren, dan verstrekken we die natuurlijk. Van de zorgaanbieders verwachten we dat zij ons informeren over de samenstelling van de offerte en de methodiek die zij hierbij hebben gebruikt voor benchmarks en volumeprognoses. Van ziekenhuizen verwachten we daarbij dat zij hun volumeprognoses ook tijdig aanleveren.

2.2.3.4 Ziekenhuisverplaatste zorg

CZ groep ondersteunt de ontwikkeling naar meer passende zorg, 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. Deze grenzen vindt u in ons toetsingskader Ziekenhuisverplaatste zorg. Hierbij bekijken we de aspecten veiligheid, kwaliteit, kosten en toegankelijkheid.

We gaan graag met zorgaanbieders in overleg over de invulling hiervan. Bij een positieve beoordeling maken we vervolgsafspraken met deze zorgaanbieders. Daarbij gaan wij ervan uit dat alle soorten ziekenhuisverplaatste zorg binnen ons kernwerkgebied die opschaalbaar zijn en/of een bepaalde omvang hebben, het toetsingskader positief hebben doorlopen.

2.2.3.5 Complexe moleculaire diagnostiek

CZ groep wil gelijke toegang bieden tot kwalitatief goede en doelmatige (complexe) moleculaire diagnostiek, met daarbij een optimale behandeling voor alle verzekerden. Daarom werken we samen met partners in het veld aan de ontwikkeling van expertisecentra voor (complexe) moleculaire diagnostiek en aan een lerend zorgsysteem. Hierdoor wordt specifieke kennis gebundeld en via een (regionaal) netwerk gedeeld, wordt innovatie gestimuleerd en neemt de doelmatige inzet van middelen toe. Eerder hebben we dit al beschreven in onze visiedocumenten voor niet-kleincellig longcarcinoom en primaire tumor onbekend (PTO). Ook hebben we de afgelopen jaren stappen gezet door actief nieuwe samenwerkingen en bekostigingsvormen op deze gebieden te faciliteren. Daar gaan we in 2025 mee door.

Sinds 2023 wordt de moleculaire diagnostiek algemeen als add-on vergoed. Ook voor moleculaire diagnostische testen die door een instelling worden uitgevoerd, geldt dat zij moeten voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk om in aanmerking te komen voor een vergoeding vanuit de basisverzekering. Voor de contractering van deze testen via de betreffende add-ons volgt CZ groep zo veel mogelijk de landelijke afspraken. In verband met de homogene prijsstelling van de diverse add-on-categorieën is een aparte add-on-categorie aangevraagd bij de NZa voor moleculaire diagnostiek met behulp van Whole Genome Sequencing (WGS). Naar verwachting is deze vanaf 2025 beschikbaar. De declaratie van deze add-on-categorie betekent dat voor de betreffende patiënt geen andere add-on voor (complexe) moleculaire diagnostiek kan worden gedeclareerd. Mocht deze add-on voor 2025 onverhoopt niet beschikbaar zijn, dan maken we hier bilaterale afspraken over met zorgaanbieders, vergelijkbaar met 2024.

Om de kennis op het gebied van (complexe) moleculaire diagnostiek optimaal in te zetten en voor elke verzekerde beschikbaar te stellen, vindt CZ groep dat elk ziekenhuis in Nederland een samenwerkingsafspraken moet hebben met een Molecular Tumor Board (MTB) in 1 van de 7 academische centra of het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis. Sinds 2023 is voor het MTB een aparte betaaltitel (OZP) geïntroduceerd waarmee deze centra het advies rechtstreeks kunnen declareren.

Het veld is in beweging. CZ groep volgt de ontwikkelingen op regionaal en landelijk niveau met interesse, om deze later verder te vertalen naar onze zorginkoop.

2.2.4 Intramurale farmacie

De add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren binnen het medisch-specialistisch domein beschouwen we als een integraal onderdeel van het financiële kader voor MSZ. Voor deze dure geneesmiddelen verwachten we ook de komende jaren een sterke groei. CZ groep zet zich samen met zorgaanbieders in om verdringing van de medisch-specialistische zorg te voorkomen.

Zorgaanbieders binnen de medisch-specialistische zorg spelen een belangrijke rol bij het betaalbaar en toegankelijk houden van geneesmiddelen. Binnen het zorginkoopbeleid voor 2025 hanteren we hierbij 5 speerpunten:

- een doelmatige uitgifte en inzet, waarbij samenwerkingen worden gestimuleerd;
- de best mogelijke zorg;
- toegang tot add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren;
- nacalculatie op basis van *shared risk* tegen reële tarieven;
- landelijke samenwerkingen.

2.2.4.1 Doelmatige uitgifte en inzet, waarbij samenwerkingen worden gestimuleerd

De zorgaanbieder voert een doelmatig beleid bij het inkopen én voorschrijven van geneesmiddelen. Daarbij houdt hij rekening met de kwaliteit en de betaalbaarheid binnen het medisch-specialistisch domein en daarbuiten. Daarover gaan we graag met de zorgaanbieder in gesprek. Wij verwachten een actieve bijdrage rondom:

- de inzet van goedkopere behandelvarianten (zoals generieke middelen);
- spillagereductie;
- de acceptatie van biosimilars;
- dosisoptimalisatie/hybride dosering;
- het (versneld) implementeren van (nieuwe) doelmatigheidsinterventies;
- Samen Beslissen (rekening houdend met de uitkomsten, complicaties, patiëntvoorkeuren en behandelkosten).

2.2.4.2 De best mogelijke zorg

We willen onze verzekerden de best mogelijke behandelopties en uitkomsten kunnen garanderen. Ons uitgangspunt is: dichtbij als het kan, geconcentreerd als dat nodig is. Daarom maken we keuzes om bepaalde geneesmiddelen bij een bepaalde behandeling wel of niet in te kopen. Daarvoor baseren we ons onder meer op de adviezen vanuit het Zorginstituut, de CieBAG en de wetenschappelijke verenigingen. Verder moet bij het voorschrijven van geneesmiddelen adequate medisch-specialistische expertise aanwezig zijn voor een optimale behandeling.

2.2.4.3 Toegang tot add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren

We vinden het belangrijk dat geneesmiddelenfabrikanten nieuwe effectieve en veilige geneesmiddelen blijven ontwikkelen en deze in Nederland op de markt brengen. 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, zodat onze verzekerden toegang tot de best mogelijke behandelingen houden.

2.2.4.4 Nacalculatie op basis van shared risk tegen reële tarieven

CZ groep ziet de kosten van dure geneesmiddelen als een onderdeel van het financiële kader voor MSZ. Omdat we het niet passend vinden om contractafspraken te maken waarin wij het volledige volumerisico dragen, introduceren we effectieve prikkels in de contractering. We zetten ons dan ook in om nacalculatieafspraken te maken volgens het principe ‘shared risk en shared responsibility’. Daarmee willen we partijen blijven uitdagen om continu efficiënt en doelmatig te handelen bij het inkopen en voorschrijven van geneesmiddelen.

In 2025 hanteren we een referentieprijzlijst. Voor een deel van de geneesmiddelen gelden vaste referentieprijzen, waarbij geen afrekening plaatsvindt op inkoop tarieven. Daarnaast passen we linear pricing toe om irreële kosten te voorkomen. Hierbij gaan we uit van de laagste prijs per eenheid. De referentieprijzlijst 2025 en de bijbehorende afrekensystematiek hanteren we als uitgangspunt om voor nacalculatie in aanmerking te komen.

Uiterlijk in oktober delen we deze referentieprijzlijst met de zorgaanbieders.

2.2.4.5 Landelijke samenwerkingen

CZ groep neemt deel aan de gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen via ZN. Deze inkoop is in lijn met de leidraad van de ACM. Daarnaast bevorderen we de doelmatige inzet van geneesmiddelen en de kwaliteit van de geneesmiddelenzorg via Stichting Treatmeds. Deze stichting richt zich, via volumereductie en alternatieven met lagere prijzen, op een verbetering van de doelmatigheid en kwaliteit binnen de geneesmiddelenzorg.

2.2.5 Eerstelijnsdiagnostiek

De afgelopen jaren hebben we een specifiek zorginkoopbeleid gehanteerd voor de eerstelijnsdiagnostiek. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen enerzijds klinische chemie en medische microbiologie en anderzijds de overige diagnostiek, zoals functieonderzoek en beeldvormend onderzoek. Voor 2025 stappen we hiervan af. De inkoop voor eerstelijnsdiagnostiek vindt plaats via offertes die we beoordelen aan de hand van onze maximumtarieven. Deze offertes voor 2025 moeten uiterlijk op 1 september worden ingediend. De lijst met maximumtarieven is vanaf 1 juni op te vragen via eerstelijnsdiagnostiek@cz.nl. Meer informatie over de inkoop van eerstelijnsdiagnostiek vindt u in het zorginkoopbeleid Eerstelijnsdiagnostiek.

2.2.6 Revalidatiezorg, trombosediensten, audiologische centra en ambulancezorg

2.2.6.1 Revalidatiezorg

CZ groep koopt zorg in die van toegevoegde waarde is voor de patiënt en die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze zorg moet ook voldoen aan de randvoorwaarden uit het algemene beroepskader voor de revalidatiezorg, de actuele behandelkaders en de zorgstandaarden voor de specifieke doelgroepen. Complex Chronisch Longfalen (CCL) kopen wij daarom enkel in bij instellingen die voldoen aan de criteria die de beroepsgroep (NVALT) stelt.

Het IZA, waaronder ook de medisch-specialistische revalidatiezorg valt, benadrukt dat de zorg moet veranderen om ook in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed te blijven. Ook in de revalidatiesector blijft de zorgvraag immers toenemen en wordt de zorg complexer, terwijl ook hier de beschikbare personele capaciteit onder grote druk staat. Daarom zijn er structurele aanpassingen nodig om de zorg toegankelijk te houden. Nieuwe mogelijkheden voor meer passende zorg, meer digitalisering en een betere afstemming met andere partners in de regionale zorgketen moeten dan ook verder onderzocht worden. Natuurlijk moeten we hier ook het beschikbare potentieel voor verdere doelmatigheid bij betrekken. Aan de hand van declaratiegegevens zien wij een aanzienlijke praktijkvariatie bij de inzet en de duur van de behandelingen tussen de revalidatie-instellingen. Wij gaan hier graag over in gesprek om meer transparantie te krijgen en afspraken te maken die een bijdrage leveren aan een betere toegankelijkheid en betaalbaarheid.

2.2.6.2 Trombosediensten

De trombosediensten zitten nog steeds in een fundamentele transitie. De toenemende inzet van nieuwe medicatie (DOAC's) als behandelmethode 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 we actief op initiatieven voor mogelijke transitie, waarbij de continuïteit, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg vooropstaan.

2.2.6.3 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. Het audiologisch centrum richt zich 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).

2.2.6.4 Ambulancezorg

De zorg voor patiënten die zijn aangewezen op medisch geïndiceerd liggend ambulancevervoer, wordt in representatie ingekocht bij de 25 Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Wij monitoren hun prestaties nauwgezet en bespreken de resultaten periodiek in het Lokaal Overleg. We hebben verbeterafspraken gemaakt met alle RAV's die niet voldoen aan de norm van '95% van het spoedvervoer (A0 en A1) binnen 15 minuten ter plaatse' en waarbij wij de representerende verzekeraar zijn. Daarbij hebben we een tijdpad afgesproken om de prestaties op het gewenste niveau te brengen. Zo nodig maken we nieuwe verbeterafspraken.

2.2.7 Zintuiglijk gehandicapten

Zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG-zorg) omvat multidisciplinaire zorg voor mensen met een visuele of auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis. CZ groep koopt voor zintuiglijk gehandicapten zorg in die toegankelijk, effectief en doelmatig is. Deze zogeheten ZG-zorg wordt zo dicht mogelijk bij de verzekerden geleverd, waarbij zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van digitale zorgtoepassingen.

2.2.8 Buitenland

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

België

In België worden de overeenkomsten gesloten tussen 3 partijen. Naast CZ groep en het ziekenhuis is de Christelijke Mutualiteit de derde contractpartij. Hiermee zijn de Belgische tariefs- en kwaliteitsafspraken geborgd. Door afspraken te maken over de maximale zorgomzet zorgen we ervoor dat het in Nederland afgesproken bestuurlijk hoofdlijnenakkoord niet leidt tot een weglekeffect naar het buitenland. Verder maken we net als in Nederland bij specifieke aandoeningen waardegedreven zorgafspraken. Ook gelden dezelfde normen voor de zorg waarvoor de Nederlandse wetenschappelijke beroepsverenigingen van medisch specialisten minimale volume- en kwaliteitsnormen hebben vastgesteld (zie paragraaf 2.2.2.5).

Het streven is om via gedifferentieerde contractering van de Belgische ziekenhuizen verder onderscheid te maken tussen strategische¹ en operationele² ziekenhuizen. Onze zorgplicht is hét criterium om een ziekenhuis aan te merken als strategisch of operationeel. Als we het contract in 2025 niet willen voortzetten, voeren we vóór 1 juli het gesprek hierover met het betreffende ziekenhuis. Ook de eventuele contractering van nieuwe, niet-gecontracteerde Belgische ziekenhuizen bekijken we vanuit het aspect van de zorgplicht.

Welke zorg we in het ziekenhuis willen contracteren, bepalen we jaarlijks opnieuw. Dit doen we aan de hand van onder meer onze zorgplicht en het actuele zorginhoudelijke beleid, zoals dat in Nederland en/of België geldt. Het gesprek hierover voeren we vóór 1 november met het ziekenhuis.

¹ Een strategisch ziekenhuis is vanuit bepaalde functies onmisbaar voor de vervulling van de zorgplicht van CZ groep.

² Een operationeel ziekenhuis is niet onmisbaar vanuit het oogpunt van de zorgplicht en/of de schadelast is klein.

Duitsland

In Duitsland liften we mee op de contracten die de AOK Hamburg-Rheinland met de ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten heeft gesloten. Via hun internationale zorgpas kunnen verzekerden van CZ groep gebruikmaken van de ziekenhuiszorg in de Duitse grensregio.

2.2.9 Duurzaamheid

Verduurzamen van de zorgsector

De zorgsector is verantwoordelijk voor 7% van de CO₂-uitstoot, 13% van het grondstofverbruik en 4% van het afval in Nederland (RIVM, 2022). Dat heeft ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid.^[1] 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^[2], kennisinstututen, ministeries, de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland getekend. De kaders van de Green Deal zijn het Rijksbrede beleid en (internationale) wetgeving, waaronder 55% CO₂-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.^[3]

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.;
- 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 ;
- conform GDDZ3.0 (art. 4.2.e.) een mobiliteitsplan hebben opgesteld gericht op het terugdringen van de CO₂-emissie t.g.v. vervoersbewegingen van medewerkers (alleen zorgaanbieders met meer dan 100 fte).^[4]

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

We verwachten van zorgaanbieders MSZ dat ze zich committeren aan de acties uit de uitvoeringsplannen van de GDDZ 3.0 van respectievelijk de NVZ en NFU^[1]. 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.^[2]

- De voortgang in het verlagen van de CO₂-uitstoot conform de CO₂-routekaart van de instelling, gericht op het behalen van de doelstelling van een verlaging van de CO₂-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);
- 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^[3] 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.^[4]

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. (link naar website).

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.

¹ *[1] Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuvoetafdruk en voorbeelden voor een goede zorgomgeving | RIVM*

² *[2] Voor de Zvw-bekostigde zorgverlening betreffen de GDDZ3.0-partners de zorgbranches Actiz, de Nederlandse ggz, KNMP, NFU en NVZ.*

³ *[3] Green Deal Samen werken aan duurzame zorg (Green Deal 3.0)*

⁴ *RVO inzake rapportage werkgebonden personenmobiliteit MPZ inzake wetgeving werkgebonden personenmobiliteit*

⁵ *Het uitvoeringsplan van de NFU is te vinden op de website van de NFU*

⁶ *[6] De beoogde (kwantitatieve) resultaten t.a.v. verduurzaming die in de focuspunten zijn opgenomen, zijn 1 op 1 overgenomen uit de GDDZ 3.0.*

⁷ *[7] De werkgroep medicijnen van de NVZ en de werkgroep thema 5 van de NFU.*

⁸ *[8] Binnen de kaders van hetgeen medisch verantwoord mogelijk is.*

2.3 Transformatie en samenwerking

2.3.1 Visie op regionale samenwerking

Om de uitdagingen binnen de zorg het hoofd te kunnen bieden, is een transformatie van de zorg noodzakelijk. Veel transformaties vinden plaats in instellingen en die kunnen we met inkoopafspraken faciliteren. Toch kunnen we niet *alle* problemen op dat niveau aanpakken. Daarom zetten wij in op regionale samenwerking om de benodigde transformaties optimaal in gang te zetten. Wij hebben daar een verbindende rol in, die al meer dan 10 jaar geleden begon in Limburg en Zeeland.

De regioplannen die we in 2023 hebben opgesteld, bevestigen dat samenwerking nodig is om de grote uitdagingen op te lossen. Deze uitdagingen overstijgen op veel punten de individuele instellingen en sectoren.

We vormen nog altijd regionale samenwerkingsverbanden en coalities met zorgpartijen, gemeenten en andere relevante partners om de vraagstukken met prioriteit aan te pakken. Denk aan de arbeidsmarkt, de brede inzet van passende zorg en digitalisering. Dankzij deze samenwerkingsverbanden kunnen we gezamenlijk de verandering inzetten die bijdraagt aan de maatschappelijke opdracht. Dit vergt wederzijds commitment voor de strategie in de regio (wat gaan we doen?), de uitvoering van de plannen (hoe gaan we dat doen?) en de randvoorwaarden om dit te kunnen doen (wat hebben we nodig om dit te doen en te borgen?). Dit zijn de uitgangspunten van ons duurzaam transformatiemodel.

Deze transformatie kunnen we niet alleen binnen de Zvw bereiken. Hoewel we er niet direct verantwoordelijk voor zijn, hebben we de Wlz, het sociaal domein, gemeenten, maatschappelijke organisaties en bovenal de inwoners van de regio's keihard nodig om deze transformatie voor elkaar te krijgen. Voor veel veranderingen hebben we deze partijen direct nodig, maar ook indirect zal het iedereen raken. Juist daarom vinden we dat alle partijen aan moeten haken bij de regionale aanpak.

Met alle regio's waar we als CZ groep actief zijn, hebben we in 2023 regiobeelden en regioplannen gemaakt.

2.3.2 Integraal Zorgakkoord en transformatiemiddelen

Het is een enorme uitdaging om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De urgentie is hoog en er zijn fundamentele transformaties nodig. Om invulling te kunnen geven aan deze opgave, hebben zorgpartijen eind 2022 het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten. Daarin zijn afspraken gemaakt die fundamenteel moeten bijdragen aan de opgave.

In totaal is er € 2,8 miljard beschikbaar voor transformaties in de regio. In 2023 zijn in elke regio regiobeelden en regioplannen opgesteld. Die laten een gezamenlijk beeld zien van de prioritaire opgaven in de regio. Daarbij staat ook wie deze prioritaire opgaven oppakt en op welke manier. Samenwerkende partijen kunnen nog steeds plannen indienen die een substantiële bijdrage leveren aan deze uitdaging: hoe kunnen we met een gelijkblijvende inzet van zorgverleners en binnen de financiële kaders antwoord geven op de groeiende zorgvraag?

Deze plannen kunnen worden ingediend bij de coördinerend zorgverzekeraar in de regio (CZ is dat voor de regio's Zeeland, Zuid-Hollandse Eilanden, Zuidoost Brabant, West-Brabant, Haaglanden en Zuid-Limburg) en worden beoordeeld op basis van een landelijk beoordelingkader.

Transformatie en gelijkgerichtheid in de contractering

Zodra er in het kader van transformatieplannen afspraken worden gemaakt over gelijkgerichtheid, vragen wij u om deze informatie tijdig met ons te delen en aan te geven wat u hierin van ons verwacht. In de regio's waar wij de coördinerende zorgverzekeraar zijn voor transformatieplannen, nemen wij hier een voortrekkersrol in, in afstemming met de regionale stakeholders.

2.4 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), ervaringsdeskundigen en onze Ledenraad. Op basis van hun inbreng vormen en toetsen wij ons 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](#).

3 Proces contractering 2025

3.1 Tijdpad

Activiteiten	Planning
Fase 1: Publiceren van het zorginkoopbeleid 2025 (CZ groep)	Uiterlijk 1 april 2024
Fase 2: De zorgaanbieder deelt zijn strategische beleid met de zorgverzekeraar of verwijst naar de plek waar deze informatie te vinden is (zorgaanbieder)	Uiterlijk 1 juni 2024
Fase 3: Indienen van de offerte (inclusief eerstelijnsdiagnostiek) in het VECOZO Zorginkoopportaal (zorgaanbieder)	Uiterlijk 1 september 2024
Fase 4: Beoordelen van de offerte en start van de onderhandelingen (CZ groep)	Uiterlijk 15 september 2024
Fase 5: Afronden van de onderhandelingen en formele vastlegging van de voorwaarden en financiële afspraken (zorgaanbieder en CZ groep)	Uiterlijk 1 november 2024
Fase 6: Publicatie van het zorgaanbod (CZ groep)	Uiterlijk 12 november 2024

Wij moeten op 12 november van ieder kalenderjaar ons gecontracteerde aanbod publiceren. Als u in aanmerking wilt komen voor een overeenkomst, verwachten wij dat u zich houdt aan de termijnen van het contracteerproces. We willen uiterlijk op 1 november overeenstemming bereiken over de overeenkomst voor 2025.

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 2025. Dit document plaatsen wij uiterlijk op 1 april op www.cz.nl/zorgaanbieder.

Fase 2

Graag vernemen wij het strategische beleid van de ziekenhuizen met daarbij een concrete toelichting op de manier waarop zij hun maatschappelijke opgave invullen en werken aan de verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Uiterlijk op 1 april informeren wij de ziekenhuizen dat wij dit strategische beleid uiterlijk op 1 juni willen ontvangen.

Fase 3

We willen tijdig alle offertes kunnen beoordelen, besprekingen met zorgaanbieders voeren en alle afspraken vastleggen. Daarom moet uw offerte uiterlijk op 1 september bij ons binnen zijn. De offerte moet worden voorzien van een adequate en inhoudelijke toelichting op punten die redelijkerwijs nodig zijn voor de start van de onderhandelingen (waaronder de gehanteerde methodiek voor benchmarks en volumeprognoses). U kunt de offerte indienen via het VECOZO Zorginkoopportaal. ZG-instellingen kunnen de offerte via e-mail indienen. In voorkomende gevallen behouden wij ons het recht voor om zelf met een voorstel te komen. Zorgaanbieders die voor 2024 een zorgomzetplafond van minder dan € 2,5 miljoen hebben, ontvangen van CZ groep een aanbod vóór 1 september (met uitzondering van de zorgsoorten revalidatie, genderzorg en hyperbare geneeskunde). Voor deze zorgaanbieders zijn fase 3 en 4 niet van toepassing. Het contact voor deze zorgaanbieders loopt via msz-zbc@cz.nl.

Fase 4

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 met u op. Op dat moment maken wij nadere afspraken over de vervolgprocedure.

Fase 5

We willen uiterlijk op 1 november overeenstemming bereiken voor 2025 en alle afspraken vastleggen in een overeenkomst.

Fase 6

Uiterlijk op 12 november informeren wij onze verzekerden over de instellingen voor medisch-specialistische zorg die wij voor 2025 hebben gecontracteerd.

Nieuwe zorgaanbieders

Voor nieuwe zorgaanbieders geldt een aanvulling voor fase 3 en 4. Zij moeten een vragenlijst en een businesscase indienen (zie bijlage 2). De vragenlijst is beschikbaar via het VECOZO Zorginkoopportaal (Uitvragen - VECOZO Zorginkoopportaal). Daarnaast stuurt u voor 2025 ook een offerte in termen van p x q. De vragenlijst, de businesscase en de offerte kunt u tot uiterlijk 15 juni indienen. Wij beoordelen de stukken en nemen indien nodig contact met u op voor aanvullende informatie. Uiterlijk op 1 september laten wij weten of u in aanmerking komt voor een overeenkomst en of wij dus het onderhandelingstraject met u ingaan.

Technische aspecten van de indiening van de offerte voor 2025

De hele offerte moet in termen van p x q worden ingediend. Dat doet u via het VECOZO Zorginkoopportaal (tenzij u een ZG-instelling bent, zie boven). 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 u mag leveren volgens uw (WBMV-)vergunning en die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, de minimumnormen die zijn gesteld door de beroepsgroepen en de criteria die wij stellen vanuit de selectieve zorginkoop.

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

De zorg waarvoor een vergoeding geldt vanuit een aanvullende verzekering maakt geen deel uit van de maximale zorgomzet die we overeenkomen. Toch willen wij voor onze verzekerden prijsafspraken maken voor deze zorg. Wij vragen zorgaanbieders daarom om bij het indienen van de offerte ook prijsvoorstellen voor de 16- en 17-codes aan te leveren. We 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.

3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk op 12 november presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2025. Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- NAW-gegevens van de zorgaanbieder;
- de etalage-informatie die u zelf invult en beheert in Mijn Zorgaanbod;
- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;
- de wachttijden (indien beschikbaar);
- kwaliteitsinformatie, waaronder de selectieve inkoopresultaten (indien beschikbaar);
- patiëntervaringen (indien beschikbaar).

3.3 Bereikbaarheid

- Algemene vragen over de contractering kunt u mailen naar rz.ziekenhuizen@cz.nl.
- Voor specifieke vragen over de contractering kunt u contact opnemen met uw vaste zorginkoper.
- Vragen over het beleid voor instellingen kunt u mailen naar inkoop.ms@cz.nl.

- Vragen over contracten voor ZBC's met een zorgomzetplafond van minder dan € 2,5 miljoen kunt u mailen naar msz-zbc@cz.nl.
- Vragen over declareren kunt u mailen naar ziekenhuizen@cz.nl.
- Meer informatie vindt u op www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/medisch-specialistische-zorg.

We streven ernaar om e-mails binnen 10 werkdagen te beantwoorden.

Bijlagen

Bijlage 1 Behandelingen die we niet vergoeden

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

Orthopedie/neurochirurgie

- Discusprothese;
- Dynamische stabilisatie d.m.v. bijvoorbeeld Dynesis, X-stop, Coflex, DIAM-systeem;
- Minimaal invasieve chirurgie voor een lumbale wervelkanaalstenose;
- Nesovic-operatie, al dan niet gecombineerd met adductorenrelease, bij sportgerelateerde liesklachten (chronische pubalgia);
- Minimaal invasieve behandeling van een hallux valgus;
- Plaatsing totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) bij carpometacarpale (CMC1-)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;
- Kniedistractie bij volwassen patiënten jonger dan 65 jaar met end-stage knieartrose.

Injecties en radiofrequente denervatie bij klachten aan het bewegingsapparaat

- Hyaluronzuurinjecties in een gewricht;
- Platelet Rich Plasma (PRP) bij laterale epicondylaire tendinopathieën;
- Facetgewrichtinfiltraties bij chronische lage rugklachten;
- Epidurale/peridurale injecties bij chronische, aspecifieke lage rugklachten;
- Radiofrequentie denervatie bij chronische rugklachten.

Extracorporeel Shock Wave Therapy (ESWT) en radiotherapie

- ESWT bij schouderklachten;
- ESWT bij een fasciitis plantaris;
- ESWT bij achillespees tendinopathie;
- Radiotherapie bij Ledderhose;
- Radiotherapie bij M. Dupuytren;
- Radiotherapie bij Achillodynie;
- Radiotherapie bij Epicondylitis;
- Adaptieve radiotherapie middels MR-Linac.

Oogheelkunde

- Intracorneale ringsegmenten bij keratoconus;
- Epithelial-on collageen crosslinking bij keratoconus en keratectasie;
- Accomoderende lenzen bij cataract;
- Femtosecond laser assisted cataract surgery (FLACS).

Neurostimulatie/magnetische stimulatie/elektrische stimulatie

- 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;
- 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 neuropathische pijn door letsel;
- Spinal Cord Stimulation bij angina pectoris;
- Spinal Cord Stimulation bij perifere arterieel vaatlijden/ischemische pijn;
- Deep Brain Stimulation als behandeling van therapieresistente depressie en therapieresistente Gilles de la Tourette;
- Transcraniële magnetische stimulatie bij depressie;
- Elektrische stimulatie van de lagere oesofageale sfincter bij gastro-oesofageale refluxziekte.

Ablatie/Embolisatie, zoals TACE, SIRT

- Radiofrequente ablatie (RFA), Laser-induced interstitiële thermotherapie (LITT) en/of Transarteriële chemo-embolisatie (TACE) bij levermetastasen (uitgezonderd TACE als palliatieve behandeling in 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.

Transplantaties

- Autologe hematopoietische stamceltransplantatie bij therapierefractaire Morbus Crohn;
- Transplantatie eilandjes van Langerhans;
- Uitname, cryopreservatie en transplantatie van gecryopreserveerd ovariumweefsel voor preservatie van ovariële functie en fertiliteit bij gonadotoxische behandelingen.

Urologie

- PCA3-test bij prostaatkanker;
- HIFU bij prostaatkanker;
- Renale denervatie bij therapieresistente hypertensie;
- Baroreflex activatietherapie bij therapieresistente essentiële hypertensie.

KNO/Tinnitus

- Cochleair implantaat bij tinnitus;
- Microvasculaire decompressie bij tinnitus;
- Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS), transcraniële directie currente stimulatie (tDCS), elektrische (corticale) stimulatie en andere vormen van neuromodulatie bij tinnitus.

Chirurgie/Gastro-enterologie

- Laparoscopische adhesiolyse bij chronische buikpijn;
- Duodenal-Jejunal bypass (EndoBarrier) voor de behandeling van obesitas met of zonder diabetes mellitus type II;
- Endoluminale fundoplicatie met Esophyx® bij gastro-oesofageale reflux;
- Wormtherapie bij inflammatoire darmziekten.

Longgeneeskunde/Cardiologie/Interne geneeskunde

- Occlusie van het linkerhartoor bij atriumfibrilleren;
- TAVI bij patiënten met symptomatische ernstige aortaklepstenose en een laag of gemiddeld operatierisico;
- Langdurige behandeling met antibiotica bij patiënten met post-treatment Lyme disease syndrome (PTLDS);
- Mannitol-infusie bij een complex regionaal pijnsyndroom type 1.

Overige

- Assisted hatching bij IVF;
- Steriele waterinjecties (SWI) ter pijnbestrijding bij een bevalling;
- Foamsclerosering bij stamvarices;

-
- Dendritische celvaccinatie bij de behandeling van patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie;
 - Veneuze angioplastiek bij chronische cerebrospinale veneuze insufficiëntie (CCSVI) bij multiple sclerose (MS);
 - Klinische opname voor kinderen met ernstige obesitas. Het gaat hier om de gecombineerde leefstijlinterventie met opname, met als doel een blijvende gewichtsreductie en gedragsverandering;
 - Vroege intensieve neurorevalidatie bij volwassenen met niet-responsief waaksyndroom of laagbewuste toestand.

Bijlage 2 Voorwaarden voor een contract 2025

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.

Zorg

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

Specifieke eisen voor ZBC's

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

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

Bovenstaande eisen zijn bepalend voor de vraag of u 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 2025 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 de op hem 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 3 vindt u meer informatie over de manier waarop u dit kunt doen en de termijnen die wij hiervoor hanteren.

Nieuwe zorgaanbieders

We 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 we 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 we 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 - VECOZO Zorginkoopportaal). 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 toegerust.

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 3 vindt u meer informatie over de manier waarop u dit kunt doen en de termijnen die wij hiervoor hanteren.

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

Bijlage 2 voorwaarden voor een contract 2025

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.

Zorg

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

Specifieke eisen voor ZBC's

- Bij nachtelijk verblijf zijn minimaal 2 verpleegkundigen aanwezig.
- De zorgaanbieder heeft een schriftelijke achterwachting 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 u 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 2025 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 de op hem 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;
- waarbinnen 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 3 vindt u meer informatie over de manier waarop u dit kunt doen en de termijnen die wij hiervoor hanteren.

Nieuwe zorgaanbieders

We 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 we 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 we 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 - VECOZO Zorginkoopportaal). 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 toegerust.

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 3 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.