

Nota van inlichtingen – selectieve inkoopprocedure eerstelijnsdiagnostiek 2024-2025

Datum: 15 mei 2023

In deze Nota van Inlichtingen treft u de antwoorden aan op de aan Zilveren Kruis gestelde vragen met betrekking tot de 'Selectieve inkoopprocedure eerstelijnsdiagnostiek' die op 1 april 2023 is gepubliceerd.

Deze Nota van Inlichtingen maakt integraal onderdeel uit van bovenvermeld(e) inkoopprocedure *Inkoopleidraad selectief inkopen Eerstelijnsdiagnostiek 2024-2025*. Wij verzoeken u daarom alle informatie zorgvuldig tot u te nemen.

Zilveren Kruis wijst u erop dat u er zelf volledig verantwoordelijk voor bent dat uw inschrijving en de daarvoor benodigde dossiers binnen de daarvoor aangegeven termijnen zijn ontvangen.

Vragen

Vraag 1: Hoe berekent ZK dit percentage en wat betekent het als het grensverkeer volume uit regio's komt waar geen selectieve aanbieder is geselecteerd?

Grensverkeer is laboratoriumdiagnostiek die is geleverd aan verzekerden uit een kernregio van Zilveren Kruis waarvoor u niet bent geselecteerd. Diagnostiek die is geleverd in een regio waar geen selectieve aanbieder is geselecteerd valt dan ook niet onder het grensverkeer. Het percentage grensverkeer wordt achteraf berekend, hierbij wordt de postcodetabel gebruikt. Het percentage grensverkeer wordt berekend over de totale omzet in dit deelplafond (klinische chemie, medische microbiologie en pathologie).

Vraag 2: Hoe zijn de referentietarieven 2024 vastgesteld? We zien op basis van de afspraak 2023 dat de tarieven in de meeste gevallen minder dan 1% worden geïndexeerd. Dat is gezien de kostenstijgingen ons inzien niet reëel.

De referentietarieven zijn gebaseerd op de huidige referentietarieven 2023. Deze tarieven zijn in 2023 alsnog tussentijds geïndexeerd vanwege de kostenstijgingen, ondanks er geen tussentijdse indexatie zou plaatsvinden. Dit is als uitgangspunt genomen voor 2024-2025. Zilveren Kruis is van mening dat deze tarieven marktconform zijn.

Vraag 3: Er worden deelplafonds afgesproken op basis van volumes die door ZK worden vastgesteld, maar in de praktijk blijkt de casemix jaarlijks anders te zijn. Dat betekent dan ook dat er een staffelkorting geboden moet worden op omzet van een deelplafond, terwijl het totaalplafond niet wordt overschreden. Dat voelt als een straf, mede omdat de zorgaanbieder geen invloed heeft op de zorgvraag, verschuiving van het marktaandeel of de casemix. Zeker als het totaalplafond niet wordt overschreden zou er geen staffelkorting op de deelplafonds berekend moeten worden.

Binnen de totaalafpraak zijn verschillende deelplafonds vastgesteld. De afrekening zal plaatsvinden per deelplafond van de specialismen klinische chemie, medisch microbiologie en pathologie. Er zijn wel deelbudgetten per regio. De deelbudgetten per regio zijn niet substitueerbaar.

Vraag 4: Wij hebben wel een totaalafpraak gemaakt waarbij we pas gaan overschrijden als we alles bij elkaar opgeteld hebben en dan boven bedrag XXX uitkomen. Als je deze tekst zo leest ga ik twijfelen of dit wel zo uitgevoerd gaat worden straks bij de eindafrekening voor deze jaren. Kun je ons nog even via de mail bevestigen dat bovenstaande correct is en we niet met deelbudgetten per regio te maken hebben of dat ze dan wel substitueerbaar zijn.

Binnen de totaalafpraak zijn verschillende deelplafonds vastgesteld. De afrekening zal plaatsvinden per deelplafond van de specialismen klinische chemie, medisch microbiologie en pathologie. Er zijn wel deelbudgetten per regio. De deelbudgetten per regio zijn niet substitueerbaar.

Vraag 5: Pagina 3, Toegankelijkheid, Doelmatigheid en Kwaliteit: Wij willen een aanbieder selecteren die een volledig (regio dekkend) en toegankelijk aanbod voor eerstelijnsdiagnostiek kan garanderen. Vraag: Hier is sprake van eerstelijnsdiagnostiek. Is het in dit kader ook van toegevoegde waarde om aandacht te besteden aan hoe een samenwerkingsverband denkt beeldvormend en functieonderzoek alsook de trombosezorg vorm te geven in de regio? Of moet het dossier zich beperken tot klinische chemie, medische microbiologie en pathologie?

De selectieve inkoop is gericht op klinische chemie, medische microbiologie en pathologie. Bij beeld- en functieonderzoek is sprake van open contractering. Het staat u vrij om in de regio de beeld- en functieonderzoek ook met het consortium anders te organiseren maar dit blijft een apart deelplafond binnen het totale omzetplafond in de tarieventabel. De wijze waarop een samenwerkingsverband beeldvormend- en functieonderzoek en trombosezorg vormgeeft, wordt daarom niet meegenomen in de beoordeling.

Vraag 6: "Pagina 4, Zilveren Kruis verwacht dat aanvragers verwijzen naar de geselecteerde aanbieder. Vraag: Hoe gaat Zilveren Kruis er voor zorgen dat aanvragers ook gaan verwijzen naar de geselecteerde aanbieder?"

Zilveren Kruis informeert de huisartsen bij een definitieve gunning wie de geselecteerde aanbieder is in de betreffende kernregio en verzoekt de huisarts om naar deze aanbieder te verwijzen. Zilveren Kruis kan een huisarts of andere verwijzer niet verplichten. Wanneer een huisarts verwijst naar een niet geselecteerde of ongecontracteerde aanbieder dan kan dit invloed hebben op de vergoeding van zorg van de verzekerde.

Vraag 7: Pagina 5-6, U kunt een aanbod doen als u verklaart te voldoen aan de onderstaande voorwaarde. U heeft in de betreffende kernregio een bestaande samenwerking met de eerste en de tweede lijn met een voor Zilveren Kruis inzichtelijke samenwerkingsovereenkomst in de kernregio waarvoor u zich inschrijft. Later wordt op pagina 6 onder Partijen van meerdere aanbieders bepalen zelf hoe zij samenwerken dat er (aan het einde van de concretiseringsfase) een ondertekende samenwerkingsovereenkomst moet zijn. Vraag: is het juist dat bij het indienen van het aanbod kan worden volstaan met een intentieverklaring en later een ondertekende samenwerkingsovereenkomst?

Ja, dat is correct.

Vraag 8: Pagina 7, referentietarieven. Als we de referentie tarieven 2023 vergelijken met die van 2024 zijn die, muv 2 pathologiecodes, gelijk of € 0,01 hoger. In het IZA is overeengekomen dat de zorgverzekeraars de OVA volledig - en zonder korting – doorvertalen in de prijzen en contracten. Volgens de voorlopige gegevens bedraagt de OVA voor 2024 4,94% en de nacalculatie over 2023 1,62%. Hierbij merken we op dat de recent overeengekomen cao voor de periode 2023 tot en met 2024 een salarisverhoging voorziet van 15%. De OVA 2023 (incl nacalculatie) en de voorlopige OVA 2024 bedragen slechts 11,6%. In het IZA is verder bepaald dat in de lokale onderhandelingen de prijsontwikkeling (op basis van de CPB-ramingen) het vertrekpunt vormt in samenhang met aspecten als productiviteits- en doelmatigheidswinst, effecten van passende zorg, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen, specifieke lokale omstandigheden en de mogelijkheden om hier gezamenlijk verbetering op te boeken. Vraag: Is Zilveren Kruis alsnog bereid de tarieven 2024 overeenkomstig het IZA te indexeren met de reële prijsontwikkeling, zodat wij in ons aanbod, middels korting, rekening worden kunnen houden met de aspecten zoals productiviteits- en doelmatigheidswinst e.d.? Hierbij kan dan, zoals in het IZA overeengekomen, de OVA worden gerespecteerd. Is Zilveren Kruis bereid ook voor de jaren 2025 en daarna het IZA te respecteren en de ruimte te geven de tarieven overeenkomstig te indexeren?

Zilveren Kruis heeft de hoogte en de uitvoering van de referentietarieven voor 2024 zeer zorgvuldig overdacht. Daarbij is in acht genomen dat wij voor 2023 een indexatie hebben doorgevoerd, daar waar dit in ons beleid niet was opgenomen. Wij zijn dan ook van mening dat deze referentietarieven, die zijn gebaseerd op de geïndexeerde tarieven 2023 voor 2024 redelijk en billijk zijn. Daarom hebben we besloten dat we voor 2024 geen tariefsaanpassingen zullen laten plaatsvinden. In het IZA is inderdaad de afspraak dat verzekeraars de OVA toepassen. Tegelijkertijd is afgesproken dat er mogelijkheden blijven om tarieven te verlagen. Wij zien voor ELD dat de huidige



referentietarieven marktconform zijn en er ook reeds bestaande afspraken zijn onder dit tarief. We verwachten daarnaast van aanbieders dat zij een aanbieding doen die rekening houdt met de betaalbaarheid, toegankelijkheid en doelmatigheid van ELD zorg. Het staat een aanbieder dus vrij om onder ons referentietarief een aanbieding te doen. Zilveren Kruis evalueert medio 2024 of het uitblijven van een indexatie op de referentietarieven 2025 nog past bij de ontwikkeling van het kostenniveau in het veld. Wellicht ten overvloede delen wij u mede dat wij ook voor de jaren 2026/2027 nog geen besluit hebben genomen ten aanzien van de tarieven indien de contracten daadwerkelijk worden verlengd.

Vraag 9: Pagina 7, Deze tarieven gelden voor zowel 2024 als 2025 en worden niet tussentijds geïndexeerd. Vraag: Hoe komen de tarieven tot stand voor 2026 en 2027 als gebruikt wordt gemaakt van de optie tot verlenging van twee kalenderjaren?

Zilveren Kruis evalueert medio 2024 of het uitblijven van een indexatie op de referentietarieven 2025 nog past bij de ontwikkeling van het kostenniveau in het veld. Voor 2026-2027 hebben wij nog geen beleid hiervoor opgesteld.

Vraag 10: Pagina 8, aan de excel "Postcodes en volumes selectieve inkoop Eerstelijnsdiagnostiek (Zilveren Kruis)" kunnen geen rechten worden ontleend. Vraag: hoe zullen de werkelijke volumes worden vastgesteld?

De werkelijke volumes waarmee de plafonds bepaald worden zijn gebaseerd op de uiteindelijke gerealiseerde productie 2022 per declaratiecode en per postcode. Deze volumes zijn gecorrigeerd voor de verzekerdenmutatie 2023. In de looptijd van de overeenkomst worden deze volumes nog gecorrigeerd voor de verzekerdenmutaties van dat jaar.

Vraag 11: Pagina 8, Bij een overschrijding van het totaalplafond treedt (mogelijk) een staffelkorting in werking. Vraag: is het juist dat voor het toetsen van een plafondoverschrijding de Totale financiële afspraak wordt vergeleken met de gerealiseerde omzet.

Dit is correct, met dien verstande dat het per selectief ingekochte regio geldt.

Vraag 12: Pagina 9, Op dit moment heeft Zilveren Kruis geen reden om aan te nemen dat er factoren zijn waardoor het volume in een regio sterk beïnvloed zou worden. Vraag: waarop baseert Zilveren Kruis deze aanname? De diagnostiek wordt verricht op aanvraag van met name huisartsen. Volgens het IZA is een volumegroei bij huisartsenzorg beschikbaar in 2023 van 2,0%, in 2024 van 2,4%, 2025 van 3,0% en in 2026 van 3,5%. Daarnaast gaat het IZA uit van verplaatsing van 2e lijn naar 1e lijn.

Zilveren Kruis baseert deze aanname op de trend van ELD-volumes de afgelopen jaren. Uiteraard is Zilveren Kruis bereid om in gesprek te gaan over het volume indien deze in de loop van de tijd hoger blijkt dan verwacht en er aangetoond kan worden dat er doelmatige ELD zorg geleverd wordt. Daarnaast wordt er vanuit Zilveren Kruis bekeken of deze verschuiving van zorg ook terug te zien is in de volumes.

Vraag 13: Zilveren Kruis verwacht extra zorgvraag gecompenseerd kan worden uit doelmatigheidswinst. Vraag: hoe moet dit worden bereikt als Zilveren Kruis ook niet bereid is de prijsstijging volledig te compenseren?

Zilveren Kruis is van mening dat wij deze prijsstijging wel compenseren. Voor de overeenkomst van 2022-2023 is Zilveren Kruis coulant geweest en zijn de tarieven in 2023 alsnog tussentijds geïndexeerd vanwege de kosten- prijsstijgingen, ondanks er geen tussentijdse indexatie zou plaatsvinden. Zilveren Kruis evalueert medio 2024 of het uitblijven van een indexatie op de referentietarieven 2025 nog past bij de ontwikkeling van het kostenniveau in het veld.

Vraag 14: Pagina 11, U gebruikt relevante KPI' s en de onderbouwing daarvan zijn benoemd of inmiddels behaalde KPI' s met vervolg ambities zijn benoemd. Vraag: Kunt u aangeven hoeveel en welke KPI' s met welke referentiewaarde moeten worden opgenomen in elk dossier?

De aantallen KPI' s leggen wij niet vast, daarin laten we de keuze bij de aanbieder/ het consortium in relatie met de aandachtspunten: toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit (zie bijlage 4 blz. 20). De



KPI' s moeten meetbaar zijn. Inmiddels behaalde KPI' s met vervolg ambities moeten ook worden benoemd.

Vraag 15: De leden van het beoordelingsteam krijgen een instructie en uniforme scorelijst voor het beoordelen van een aanbod. Vraag: is die instructie en uniforme scorelijst openbaar?

De instructie en de uniforme scorelijst zijn niet openbaar. Het beoordelingsteam krijgt een instructie en hanteert een uniforme scorelijst. Ieder lid van het beoordelingsteam geeft afzonderlijk elk dossier (Toegankelijkheid, Doelmatigheid en Kwaliteit) een score: 2, 4, 6, 8 of 10. Vervolgens bespreekt het team de individuele scores, waarna zij een consensus-score vaststellen.

Vraag 16: Zijn de beoordelingen van de individuele leden van het beoordelingsteam en de consensus-score van het team per onderdeel inzichtelijk/openbaar?

De beoordelingen van de individuele leden van het beoordelingsteam zijn niet inzichtelijk/ openbaar.

Vraag 17: Is de samenstelling van het beoordelingsteam openbaar?

Het beoordelingsteam bestaat uit een beleidsontwikkelaar, twee zorginkopers, een analist en op afroep een medisch adviseur. Het beoordelingsteam bestaat uit een groep vaste beoordelaars en één flexibele plek in het team welke bezet wordt door een inkoper die kennis heeft van de regionale context. De namen maken wij niet openbaar.

Vraag 18: Kan bezwaar worden gemaakt tegen de samenstelling van het beoordelingsteam?

Tegen alle aspecten van de selectieve inkoopprocedure ELD 2024-2025 kan bezwaar worden gemaakt, binnen de gestelde termijn.

Vraag 19: Hoe wordt gewaarborgd dat in het beoordelingsteam de kennis en inzichten van de 1e en 2e lijn zijn vertegenwoordigd?

De waarborg zit in de samenstelling van het beoordelingsteam, waarin voldoende kennis en inzicht is verenigd.

Vraag 20: Welke maatregelen worden genomen om te bewaken dat het beoordelingsteam objectief en onbevooroordeeld tot haar beoordeling komt?

Alle leden van het beoordelingsteam hebben eenzelfde opleiding gevolgd voor het beoordelen van aanbiedingen in de selectieve inkoopprocedure. Er zijn meerdere afdelingen vertegenwoordigd in het beoordelingsteam.

Vraag 21: Welke maatregelen worden genomen om te bewaken dat een dominante mening van één of enkele van de leden van het beoordelingsteam de uitkomst van de beoordeling bepalen?

Wij hebben een vast beoordelingsteam en één flexibele plek in het team welke bezet wordt door een inkoper die kennis heeft van de regionale context. Alle meningen in het beoordelingsteam worden zorgvuldig tegen elkaar afgewogen.

Vraag 22: Houdt hetzelfde lid van het beoordelingsteam alle gesprekken met de uitgenodigde partijen van een kernregio?

Het uitgangspunt van Zilveren Kruis is om binnen een kernregio één (dezelfde) persoon de interviews af te laten nemen.

Vraag 23: Maakt het beoordelingsteam aan de geïnterviewde kenbaar wat haar score is van het interview?

De inschrijver ontvangt via de e-mail een terugkoppeling van de consensus score op alle onderdelen, inclusief het interview.



Vraag 24: Is het beoordelingsteam dat het interview houdt hetzelfde als het beoordelingsteam dat de scores obv het aanbod heeft vastgesteld?

Ja, dat is hetzelfde team.

Vraag 25: Moeten met alle zorgverleners in de regio afspraken worden gemaakt of is dit niet nodig, als de dienstverlening voor de regio is gewaarborgd?

Zilveren Kruis laat dit aan de geselecteerde aanbieder over.

Vraag 26: Wat doet Zilveren Kruis als andere zorgverleners (niet behorend tot het samenwerkingsverband) niet mee willen werken aan het maken van afspraken?

Dat is afhankelijk van de gevolgen en zal Zilveren Kruis handelen naar bevind van zaken op dat moment.

Vraag 27: Pagina 15, Andere signalen die ook kunnen duiden op ontplooiing van activiteiten buiten de geselecteerde regio, kunnen aanleiding geven tot een gesprek.

Vraag: Betekent dit dat we beperkt worden qua groei of innovatie of nieuwe dienstverlening buiten de geselecteerde regio?

Ja, dat is correct.

Vraag 28: Pagina 12, De totaalscores per kernregio worden geanonimiseerd teruggekoppeld aan de inschrijvers. Vraag: waarom is er voor gekozen om alleen geanonimiseerd de totaalscore aan inschrijvers terug te koppelen en niet in het kader van transparantie de score op de individuele onderdelen? Is Zilveren Kruis bereid naast de totaalscore ook de score per onderdeel kenbaar te maken?

De deelnemers van het beoordelingsteam geven individueel een cijfer; 2, 4, 6, 8, 10. Vervolgens wordt er een consensus-score vastgesteld. Deze krijgt u teruggekoppeld per onderwerp; Toegankelijkheid, Doelmatigheid, Kwaliteit en Prijs.

Vraag 29: Artikel II.1 (deel 1) van de overeenkomst stelt: het Omzetplafond omvat zowel Gecontracteerde Zorg als Niet-Gecontracteerde Zorg (en betreft dus verleende en te verlenen Zorg zowel aan Restitutieverzekerden als aan Verzekerden, anders dan Restitutieverzekerden). Vraag: Hoe kan zorg die niet gecontracteerde zorg is, onder een zorgplafond vallen?

Het is juist dat alle geleverde zorg onder het omzetplafond valt. Het omzetplafond dient dus gedurende het jaar goed te worden gemonitord, zodat er geen overschrijdingen plaats vinden, anders dan die onder voorwaarden zijn toegestaan. Anders kunnen de zorgkosten nog steeds niet in de hand worden gehouden.

Vraag 30: Artikel III.3 (deel 1) van de overeenkomst stelt: Indien een Partij meer dan 2% van de totale omzet van de selectief ingekochte diagnostiek heeft geleverd aan verzekerden uit kernregio's waarvoor de Partij niet geselecteerd is dan vergoeden wij deze zorgkosten binnen plafond tegen 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Indien u boven het afgesproken plafond meer dan 2% grensverkeer levert dan wordt de overschrijding van het plafond niet uitbetaald. Vraag: hoe wordt de 2% berekend? Als % van wat een partij totaal heeft geleverd aan selectief ingekochte diagnostiek? Zo ja, dan zouden partijen die niets selectief inkopen geen grensverkeer kennen. Of wordt het percentage berekend als % van de omzet die door de gecontracteerde partij in de selectief gecontracteerde regio is gerealiseerd? Wat als een partij dan in meerdere regio's diagnostiek levert waarvoor die niet is geselecteerd?

Grensverkeer is laboratoriumdiagnostiek die is geleverd aan verzekerden uit een kernregio waarvoor u niet bent geselecteerd. Diagnostiek die is geleverd in een regio waar geen selectieve aanbieder is geselecteerd valt niet onder het grensverkeer. Wanneer je als partij diagnostiek levert in meerdere kernregio's waarvoor je niet bent geselecteerd, dan valt dit onder grensverkeer, tenzij het een regio betreft waar geen selectieve aanbieder is geselecteerd.



Vraag 31: Artikel III.5 (deel 1) van de overeenkomst: De Financiële Afspraak wordt gedurende de looptijd van de overeenkomst alleen aangepast als sprake is van een situatie genoemd in Artikel 7 van deel 2 van deze overeenkomst. Een eventuele aanpassing van de Financiële Afspraak vindt voor 2024 uiterlijk plaats op 1 april 2024. En voor 2025 uiterlijk op 1 april 2025.

Vraag: wordt hier niet bedoeld dat overeenkomstig Deel 1 artikel 2.9 een eventuele aanpassing van de Financiële Afspraak uiterlijk plaats vindt op 1 april t+1 dus 1 april 2025 respectievelijk 1 april 2026?

Dit is correct. Een eventuele aanpassing van de financiële afspraak vindt uiterlijk plaats op 1 april t+1.

Vraag 32: Artikel 1.6 (deel 2) van de overeenkomst. Vraag: kan aan de verwijzers de verpleegkundig specialist worden toegevoegd? Zij hebben in de 1e lijn een zelfstandige behandel functie.

Dit is akkoord. Zilveren Kruis gaat akkoord om de verpleegkundig specialist toe te voegen aan de lijst van verwijzers in deel 2, artikel 1.6.

Vraag 33: Artikel 3.5 van addendum: De Financiële Afspraak wordt gedurende de looptijd van de overeenkomst alleen aangepast als sprake is van een situatie genoemd in Deel 2 Artikel 10 (Herijking van de Financiële Afspraak) van De Overeenkomst Medisch Specialistische Zorg. Vraag: Wordt hier niet bedoeld in Deel 2 artikel 7 van de overeenkomst?

Dit is correct.

Vraag 34: Artikel 3.5 van addendum: Een eventuele aanpassing van de Financiële Afspraak in een kalenderjaar vindt uiterlijk plaats op 1 april van hetzelfde kalenderjaar.

Vraag: Wordt hier niet bedoeld dat overeenkomstig Deel 1 artikel 2.9 een eventuele aanpassing van de Financiële Afspraak uiterlijk plaats op 1 april t+1.

Dit is correct.

Vraag 35: Kan er meer duidelijkheid verschaft worden over de mogelijke verlenging van 2 jaar? Wanneer bekendmaking verlenging? Onder welke (financiële) voorwaarden? blz. 3

Hierover wordt in 2025 een besluit genomen.

Vraag 36: Wat is de reden dat de waardering van de prijs fors gedaald is t.o.v. 2022? blz. 3

De component prijs vonden wij niet evenredig gelijk aan de aandachtspunten: Toegankelijkheid, Doelmatigheid en Kwaliteit en wij hebben daarom het onderdeel "Prijs" naar beneden bijgesteld.

Vraag 37: Lagere vergoeding ELD aanbieders bij meer dan 2% grensverkeer. Als ELD aanbieder hebben wij geen invloed op verwijsgedrag van de aanvragers en keuzevrijheid van verzekerden. Hoe hiermee om te gaan? Geen diagnostiek leveren? blz. 3

Zilveren Kruis selecteert een aanbieder per kernregio en wil beperken dat niet geselecteerde aanbieders toch volume halen uit de kernregio waarvoor zij niet geselecteerd zijn. Ook verwijzers informeren wij wie de geselecteerde partij is in de betreffende kernregio om zo het verwijsgedrag in goede banen te leiden.

Vraag 38: Wat gaat ZK zelf doen om eventueel grensverkeer te voorkomen? Deze verantwoordelijkheid ligt nu volledig bij de aanbieder en (pagina 4) is te makkelijk en lang niet altijd haalbaar. Wat als aanvragers/verzekerden een eigen keuze hierin maken? De aanbieder wordt vervolgens financieel tekort gedaan. blz. 3

Een verzekerde heeft altijd het recht op keuzevrijheid. Wij verwachten wel dat de geselecteerde aanbieders het gesprek aangaan met aanvragers in de regio, om proactief afspraken te maken. Daarnaast informeert Zilveren Kruis ook huisartsen en verzekerden wie de geselecteerde partij is in de betreffende kernregio.



Vraag 39: Hoe ziet ZK het in deze dure tijden voor zich dat "een doelmatigere eerstelijnsdiagnostiek met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid" voortgezet kan worden in haar kernregio's tegen lagere tarieven en vergoedingen (boven omzetplafond)? blz 4

Zilveren Kruis heeft op goede grond de volumes die zij verwacht in te kopen bepaald. Aanbieders zijn niet verplicht om door te leveren na het bereiken van het omzetplafond. Er geldt geen doorleverplicht. Indien u toch door levert dan geldt er eventueel een staffelkorting van 61% onder voorwaarden. Dat betekent dat u, onder voorwaarden, 39% van het initiële tarief vergoed krijgt voor geleverde zorg na overschrijding van het plafond. Dit percentage is tot stand gekomen na een analyse van jaarrekeningen van diagnostiek aanbieders en is volgens Zilveren Kruis toereikend om de variabele kosten te dekken. Daarom kan de zorg voortgezet worden tegen lagere tarieven en vergoedingen boven het omzetplafond.

Vraag 40: Innovaties kosten vaak veel geld en kosten tijd. Is het een optie voor ZK om ELD aanbieders een langere contractperiode aan te bieden? Dit los van het feit dat evt. besparingen door samenwerking (IZA) niet in korte tijd gerealiseerd worden. blz 5

We weten uit ervaring dat een transformatie van zorg binnen de diagnostiek veel tijd vergt. Zilveren Kruis staat achter de selectieve inkoop van de diagnostiek en heeft daarom opnieuw gekozen voor een selectieve inkoop met een eventuele optie tot verlenging van 2 jaar om aanbieders deze tijd ook te gunnen. Omdat er binnen de diagnostiek veel speelt op de markt vindt Zilveren Kruis een termijn van 2 jaar met een optie tot verlenging van 2 jaar passend voor de diagnostiek.

Vraag 41: Is ZK bereid om naar het groter geheel te kijken als het gaat om samenwerkingen in de regio's los van alleen het ZK gedachtegoed en haar kernregio's? blz 6 Wij als ELD aanbieder willen namelijk zorg leveren aan alle mensen in de regio ongeacht welke zorgverzekeraar. Zie ook de laatste bullet pagina 9. Kijkend naar deze bullet (onderaan pagina 9) waarin jullie aangeven met elkaar te moeten kijken naar de totale zorgketen in de verschillende regio's, is een wijziging van vastgestelde GHOR / Kernregio ZK dus bespreekbaar en realiseerbaar?

Zilveren Kruis koopt de diagnostiek selectief in voor haar verzekerden en kan/ mag hierbij geen rekening houden met de keuzes van andere zorgverzekeraars. We kijken tijdens de selectieve inkoop niet meer af van de gepubliceerde GHOR-grenzen die vermeld staan in bijlage 3: Regio-indeling.

Vraag 42: Kijkend naar deze laatste bullet blz 9 (onderaan pagina 9) waarin jullie aangeven met elkaar te moeten kijken naar de totale zorgketen in de verschillende regio's, is een wijziging van vastgestelde GHOR / Kernregio ZK dus bespreekbaar en realiseerbaar?

We kijken tijdens de selectieve inkoop niet meer af van de in de leidraad gepubliceerde GHOR-grenzen die vermeld staan in bijlage 3: Regio-indeling.

Vraag 43: Betekent "75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief" hetzelfde als 75% van de door ZK vastgestelde referentietarieven? blz 7

Nee, dit betekent dat niet. Het gemiddelde gecontracteerde tarief is het tarief dat na de inkoop gemiddeld gezien is afgesproken tussen Zilveren Kruis en alle aanbieders waar we een contract mee sluiten voor ELD zorg. Deze tarieven wijken af van de referentietarieven.

Vraag 44: Gecontracteerde zorg binnen kernregio waarin selectief is ingekocht". Hoe gaat ZK in dit geval (qua tarieven/vergoeding) om met bestaande regionale samenwerkingspartijen die in verschillende provincies gevestigd zijn? Eén tarief is ons inziens niet reëel/realistisch. blz 7

Vanuit Zilveren Kruis respecteren wij regionale samenwerkingspartijen die in verschillende provincies gevestigd zijn. Vanuit Zilveren Kruis spreken we per AGB, per declaratiecode één tarief af. Indien een aanbieder als hoofdaannemer/vertegenwoordiger in meerdere regio's wordt gecontracteerd, kan deze partij verschillende tarieven hanteren per regio. Echter wordt één tarief door Zilveren Kruis vastgelegd in de prijslijst, dat dan een gewogen gemiddelde is van de overeengekomen tarieven en volumes per regio. Dit wijkt niet van de vorige selectieve inkoopprocedure 2022-2023.



Vraag 45: De (max. referentie) tarieven ZK worden van 2024 naar 2025 niet geïndexeerd. Wat is hiervan de reden? blz 7

In de leidraad staat niet dat wij in 2025 niet indexeren maar dat Zilveren Kruis medio 2024 evalueert of het uitblijven van een indexatie op de referentietarieven 2025 nog past bij de ontwikkeling van het kostenniveau in het veld.

Vraag 46: Bij een eventuele verlenging van 2 jaar na 2025 worden de tarieven dan wel (jaarlijks) geïndexeerd? Zie ook vraag 1. blz 7

Voor 2026-2027 hebben wij nog geen beleid hiervoor opgesteld.

Vraag 47: Is bij het bepalen van de referentietarieven (marktconforme prijzen) goed gekeken naar welke zorg wel en niet door de verschillende aanbieders geleverd wordt? blz 7

Ja daar is vanuit Zilveren Kruis goed naar gekeken.

Vraag 48: Wat is het verschil tussen "het gemiddeld gecontracteerde tarief" en de "marktconforme referentietarieven"? Kunnen wij ook een overzicht ontvangen van de gemiddeld gecontracteerde tarieven 2023 en/of 2024? Dit ter inschatting van hetgeen niet vergoed wordt. blz 7

Het gemiddelde gecontracteerde tarief is een gemiddeld tarief van de gecontracteerde tarieven. De marktconforme tarieven zijn de tarieven die op de Nederlandse markt binnen een bandbreedte als redelijk gelden. De referentietarieven zijn daarop gebaseerd. Zilveren Kruis verstrekt geen overzicht van de gemiddeld gecontracteerde tarieven, maar wij publiceren wel op de website 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Voor 2023 kunt u dat overzicht op onze website vinden (<https://www.zilverenkruis.nl/consumenten/vergoedingen/niet-gecontracteerde-zorg>). Voor 2024 zijn deze tarieven nog niet bekend.

Vraag 49: Kan ZK aangeven hoe zij (na analyse van jaarrekeningen van diagnostiek aanbieders) tot de staffelkorting van 61% ofwel staffelvergoeding van 39% komen? blz 8

Deze percentages zijn gebaseerd op een analyse van de jaarrekening van verschillende diagnostiek aanbieders, waarbij is gekeken naar de verhouding tussen vaste kosten en variabele kosten. Met een staffelkorting van 61%, waarmee 39% van de plafondoverschrijding wordt vergoed, worden de variabele kosten voor de boven het omzetplafond geleverde zorg gedekt.

Vraag 50: We verwachten dat de groei in zorgvraag kan worden opgevangen door doelmatigere organisatie". Wat als de ontwikkeling van volumes onverwacht afwijkend (lees: meer) is t.o.v. eerdere jaren. Welke afspraken gaan wij hierover maken met ZK? blz 9

Dan zullen wij vanuit Zilveren Kruis kijken of we daadwerkelijk een verschuiving van zorg zien tussen de betreffende kernregio's, echter dit zien wij vaak niet terug in de volumes.

Vraag 51: Consequenties van gewijzigde regio-indeling
Zilveren Kruis heeft de gemeente X uit de regio A gehaald en toegevoegd aan de kernregio B van Zilveren Kruis. Kan ZK verduidelijken wat dit betekent voor een individuele zorgaanbieder en/of de geselecteerde zorgaanbieder in kernregio A die deels ook diagnostiek levert aan verzekerden van Zilveren Kruis uit kernregio B. Hoe is dat andersom voor zorgaanbieders uit kernregio B die ook deels diagnostiek leveren in kernregio A? Geldt hiervoor ook 2% grensverkeer? Zo ja, om hoeveel omzet gaat dat dan en hoe wordt dat uitgerekend?

Wij verlagen de vergoeding voor ELD-aanbieders die meer dan 2% van de totale omzet aan zorg leveren aan verzekerden uit een regio waar we een selectief gekozen aanbieder hebben gecontracteerd. Dus dit geldt voor kernregio A en B in uw voorbeeld ook beiden kanten uit wanneer zij volume halen uit een andere kernregio. Het werken in onderaannemerschap kan een optie zijn hierin. Het percentage grensverkeer wordt achteraf berekend. Hierbij wordt de gepubliceerde postcodetabel gebruikt. Het percentage grensverkeer wordt berekend over de totale omzet in dit deelplafond (klinische chemie, medische microbiologie en pathologie).



Vraag 52: Zorgzoeker: vermelding van geselecteerde zorgaanbieder en andere zorgaanbieders
Hoe gaat Zilveren Kruis de verschillende zorgaanbieders (geselecteerd, niet-geselecteerd maar wel gecontracteerd, ongecontracteerd, etc.) vermelden op de zorgzoeker? Kan Zilveren Kruis dat laten zien? Hoe vindt sturing plaats vanuit Zilveren Kruis van aanvragers/patiënten naar de geselecteerde zorgaanbieder

Via de Zorgzoeker maken wij bekend met welke aanbieders wij een overeenkomst hebben afgesloten en welke aanbieder wij hebben geselecteerd per kernregio. Wij verwijzen in de zorgzoeker naar de website van de aanbieder voor de priklocaties en overige informatie. Daarnaast heeft Zilveren Kruis Zorgbemiddeling om verzekerden met een zorgvraag naar de juiste zorgaanbieder te begeleiden.

Vraag 53: Tarief andere regio's: In het beleid staat dat het tarief wat wordt overeengekomen in een kernregio met een selectieve inkoopprocedure ook gaat gelden voor de deelnemende partijen in eventuele andere regio's waar de zorgaanbieder actief is. Dit is een nieuwe bepaling en kan verstrekkende en niet logische consequenties hebben. Voorbeeld: ziekenhuis A heeft vooral GHOR-regio/kernregio X als kernwerkgebied maar levert ook zorg in delen van GHOR-regio's Y en Z. Indien dit ziekenhuis wil meedoen aan het samenwerkingsverband als selectieve zorgaanbieder in Y, zou het aanbodtarief voor regio Y ook gaan gelden voor alle geleverde zorg in X en Z, waarvoor dit selectieve contract niet van toepassing is. Het is toch veel logischer om de verschillende contracten de voor verschillende regio's naast elkaar te laten bestaan? Staat het ook niet haaks op het beleid van Zilveren Kruis voor zorgaanbieders die diagnostiek leveren buiten de kern-regio's met selectieve inkoop: "Diagnostiek voor de regio's waar wij niet selectief inkopen kopen wij regulier in". Vraag: Kan Zilveren Kruis dit verduidelijken waardoor er een logisch geheel ontstaat? Zo niet, deze voorwaarde laten vervallen of anders formuleren.

In het geval van een samenwerkingsverband is er één overeenkomst per regio tussen de hoofdaannemer (contractant) en Zilveren Kruis. In de overeenkomst tussen de aanbieder en Zilveren Kruis wordt één tarief per declaratiecode vastgesteld. Indien een aanbieder als hoofdaannemer/vertegenwoordiger in meerdere regio's wordt gecontracteerd, kan deze partij verschillende tarieven hanteren per regio. Echter wordt één tarief door Zilveren Kruis vastgelegd in de prijslijst, dat dan een gewogen gemiddelde is van de overeengekomen tarieven en volumes per regio. Dit wijkt niet af van de vorige selectieve inkoopprocedure 2022-2023.

Vraag 54: Optie tot verlengen van de overeenkomst met 2 jaar (2026 / 2027)

In het beleid staat de optie voor Zilveren Kruis om de overeenkomst 2024-2025 met 2 jaar te verlengen. Uit de tekst blijkt niet dat er sprake dient te zijn van een tweezijdig genomen besluit waarbij ook afspraken gemaakt worden over de condities van verlenging. Vraag: de tekst hiermee aanvullen.

Heeft Zilveren Kruis beleid over het indexeren van de tarieven bij het verlengen van de overeenkomst voor de jaren 2026 en 2027? Of worden hierover t.z.t. nadere afspraken gemaakt met de betreffende zorgaanbieders?

We weten uit ervaring dat een transformatie van zorg binnen de diagnostiek veel tijd vergt. Zilveren Kruis staat achter de selectieve inkoop van de diagnostiek en heeft daarom opnieuw gekozen voor een selectieve inkoop met een eventuele optie tot verlenging van 2 jaar om aanbieders deze tijd ook te gunnen. Dit is een éénzijdig besluit. Gedurende de selectieve inkoop voeren inkopers van Zilveren Kruis meerdere keren per jaar monitoringsgesprekken en de contractduur kan ook een onderwerp van gesprek zijn. We nemen de input uit de regio's mee en kijken naar de diagnostiekmarkt op dat moment in het besluit of we gebruik maken van de optie om de contractduur te verlengen met 2 jaar. Voor 2026-2027 hebben wij nog geen beleid opgesteld met betrekking tot indexeren.

Vraag 55: Meerwaarde van declareren via één hoofdaannemer met een aparte AGB-code

1. Wat is de meerwaarde van het via één hoofdaannemer via 1 AGB code moeten declareren van de geleverde diagnostiek van een aantal samenwerkende partijen in een kernregio? Het inregelen van een administratief construct waarbij meerdere zorgaanbieders hun geleverde ELD via één aparte AGB-code kunnen declareren bij Zilveren Kruis kost tijd, geld en menskracht en levert voor de samenwerkende zorgaanbieders geen voordelen of doelmatigheidswinst op. Eerder heeft Zilveren Kruis als voordeel hiervan aangegeven dat het eenvoudig inzichtelijk maakt voor Zilveren Kruis hoe het staat met de uitnutting van de



plafondafpraak voor Diagnostiek per kernregio met selectieve inkoop. Maar kan dat niet op een andere wijze worden gerealiseerd?

2. Hoeveel kost het voor Zilveren Kruis om periodiek binnen het facturatiesysteem een selectie te maken van de totaal gedeclareerde omzet aan diagnostiek in een bepaald jaar voor een reeks aan declaratiecodes, AGB-codes en de postcodes die onder een bepaalde kernregio vallen? Dat levert toch precies hetzelfde inzicht op? Het voorkomt dat wij ons elektronische declaratiesysteem wat voldoet aan allerlei standaarden (ingericht op bulkverwerking, geautomatiseerde controles, etc.) voor een deel van de declaraties (ELD in een bepaald postcodegebied) hiervoor niet inzetten, maar dat we dit uit de totale declaratiestroom moeten trekken om het vervolgens via een derde partij (wat niet gratis is) alsnog bij Zilveren Kruis in te dienen, waarbij de output hiervan niet meer aansluit op de aangeleverde input. Het levert veel extra handwerk voor ons op, wat deze zorg onnodig duurder in plaats van doelmatiger maakt.
1. *Zilveren Kruis wil op alle vlakken binnen een kernregio de samenwerking stimuleren waar ook het factureren onder valt. Zilveren Kruis sluit per regio met één aanbieder een contract af. In het geval van een samenwerkingsverband wordt dit contract gesloten met de vertegenwoordiger van het samenwerkingsverband en die declareert uitsluitend. In het geval van een hoofd-onderaannemersconstructie wordt het contract gesloten met de hoofdaannemer en die declareert uitsluitend. Als de facturatie los plaatsvindt, is er geen rede om onderlinge afspraken te maken aangezien iedereen verzekerd is van omzet en een omzetplafond. Er is dan geen reden om ook binnen de regio samen te kijken hoe de ELD zorg qua o.a. de vaste lasten het beste ingeregeld kan worden. Daarom geven wij geen losse contracten in de selectief ingekochte regio's.*
2. *Deze inzichten hebben wij, maar dat staat los van het operationaliseren van het samenwerkingsverband door één facturatiesysteem te hanteren. Wij blijven daarom bij ons standpunt dat dit op lange termijn de meest wenselijke ontwikkeling is.*

Vraag 56: Leveren van zorg als niet geselecteerde aanbieder in een kernregio. In het beleid van Zilveren Kruis staat: "Indien er meer dan 2% grensverkeer is geleverd over het totale volume zal het volume boven dit percentage binnen het plafond worden uitbetaald tegen 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Indien het omzetplafond wordt overschreden én er is meer dan 2% grensverkeer, dan vindt er geen vergoeding plaats boven het omzetplafond. De controle hierop baseren wij op de postcodes van verzekerden. Hier zullen wij achteraf op controleren en indien u boven de 2% grensverkeer zit binnen selectief ingekochte regio's, verrekenen. Op deze manier stimuleren wij dat geselecteerde zorgaanbieders zorg leveren in de regio waarvoor zij zijn geselecteerd. Het is ons niet zo duidelijk wat Zilveren Kruis hier bedoelt, zodat wij vragen om uitwerking van de definitie grensverkeer inclusief rekenvoorbeeld en antwoord op de volgende vragen:

1. **Gaat het bij 2% grensverkeer om volume (#) of omzet (€) en op welk totaal is deze 2% van toepassing?**
2. **Wat is 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief; 75% van de referentietarieven van ZK?**
3. **Wat wordt bedoeld met binnen en buiten omzetplafond? Wiens omzetplafond wordt bedoeld?"**
1. *Het kan zijn dat een ELD-aanbieder niet geselecteerd is voor een bepaalde kernregio maar daar wel meer dan 2% zorg verleent van zijn totale omzet aan zorg ten koste van het volume van de geselecteerde partij. Voor die niet geselecteerde ELD-aanbieder verlagen wij de vergoeding naar 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Voor de berekening van 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Met de geselecteerde aanbieder spreken we voor de klinische chemie, pathologie en medische microbiologie één plafond af. Dit plafond is opgebouwd uit eventuele volumes voor de kernregio's en volumes van buiten de kernregio. Deze volumes zijn onderling substitueerbaar, maar er wordt wel per kernregio gemonitord op het grensverkeer. Indien het plafond op deze specialismen wordt overschreden is het mogelijk om (onder de voorwaarde van het grensverkeer) de overschrijding tegen een staffelkorting uitbetaald te krijgen. Voor de overige specialismen spreken we een afzonderlijk plafond af. Dit maakt samen de totale financiële afspraak. Deze twee plafonds zijn niet onderling substitueerbaar.*



2. *Het gemiddelde gecontracteerde tarief is het tarief dat na de inkoop gemiddeld gezien is afgesproken tussen Zilveren Kruis en alle aanbieders waar we een contract mee sluiten voor ELD zorg. Deze tarieven wijken af van de referentietarieven.*
3. *Het gaat hier om het omzetplafond van alle partijen die ELD-zorg leveren. Dit komt omdat wij het grensverkeer willen tegenhouden van onze gecontracteerde partijen buiten de geselecteerde kernregio's.*

Vraag 57: In de overeenkomst staat dat deze ook van toepassing is op niet-selectief gecontracteerde zorg. Dit kan niet de bedoeling zijn aangezien de contractpartij (de selectief gecontracteerde zorgaanbieder) van Zilveren Kruis alleen gaat over de selectief gecontracteerde zorg, niet over de niet-selectief gecontracteerde zorg.

Dit is correct. De niet selectief-ingekochte zorg kopen wij in volgens ons reguliere zorginkoopbeleid.

Vraag 58: In de overeenkomst staat dat ook de niet-gecontracteerde zorg onder de overeenkomst valt. Dat klopt toch niet? De overeenkomst gaat uitsluitend over de zorg die is gecontracteerd; dat is de reden om een contract te sluiten.

Het gaat hier om ongecontracteerde zorg bij gecontracteerde aanbieders. Dus als een aanbieder zorg levert waarvoor hij niet gecontracteerd is, gaat dit wel af van het omzetplafond.

Vraag 59: In de overeenkomst staat dat bij een plafondoverschrijding aan zorgbemiddeling kan worden gedaan naar een andere zorgaanbieder.

1. **Dat staat toch haaks op het beleid van selectieve contractering van ZK?**
2. **Het doel van ZK is toch om per kernregio één geselecteerde zorgaanbieder te contracteren?**
3. **Dan kan ZK bij een plafondoverschrijding hiervan toch niet afwijken en bemiddelen naar een niet-geselecteerde zorgaanbieder of naar zorgaanbieders buiten de regio?**

1. *Dit is alleen aan de orde bij niet-selectief ingekocht zorg*
2. *Ja, dat is het doel.*
3. *Dat is correct. Alleen hebben wij op goede grond de volumes die we verwachten in te kopen bepaald. Indien een verzekerde zich bij ons meldt (omdat diegene geen zorg krijgt) gaan we in gesprek met de geselecteerde aanbieder.*

Vraag 60: Het uitbetalen van de staffelvergoeding wordt gekoppeld aan het wel of niet behalen van KPI's en 2% grensverkeer. Deze nieuwe bepaling is arbitrair. Geleverde zorg dient gewoon te kunnen worden gedeclareerd, hiervoor zijn kosten gemaakt. Het kan niet afhankelijk gesteld worden van van KPI's. Vraag aan Zilveren Kruis is om dit te laten vervallen.

Zilveren Kruis is van mening dat de aanbieder, gedurende het jaar, zich richt op de door haar opgestelde KPI's. Om voor een staffelvergoeding in aanmerking te komen mag er in totaal niet meer dan 2% zorg verleend worden aan verzekerden uit andere kernregio's (grensverkeer). Op deze manier garandeert Zilveren Kruis dat geselecteerde aanbieders zorg leveren in de regio waarvoor zij zijn geselecteerd. Dit baseren wij op de postcodes van verzekerden.

Vraag 61: In de overeenkomst staat de optie voor verlenging summier omschreven als mogelijkheid van Zilveren Kruis. Er staat "we" (en dan wordt ZK bedoeld) in de overeenkomst, terwijl er moet staan "Partijen". De optie om te verlengen hoort een tweezijdig genomen besluit zijn. Vraag aan ZK is om dit aan passen en tweezijdig te formuleren.

Gedurende de selectieve inkoop voeren inkopers van Zilveren Kruis meerdere keren per jaar monitoringsgesprekken en de contractduur kan ook een onderwerp van gesprek zijn. We nemen de input uit de regio's mee en kijken naar de diagnostiekmarkt op dat moment in het besluit of we gebruik maken van de optie om de contractduur te verlengen met 2 jaar. Dit is een éézijdig besluit dat niet wordt gewijzigd.

Vraag 62: In de bijlage van de overeenkomst staat een nader in te vullen tabel met bedragen. Het valt op dat hierbij sprake is van verkaveling. Wij willen geen deelbudgetten per diagnostieksoort afspreken (trombose, Beeld- en Functie, etc.) of een deelafpraak niet-regio, tenzij alles met



elkaar substitueerbaar is. Verder is een verkaveling in tegenspraak met wat in de inkoopleidraad staat: “Volumeverschuivingen binnen de deelplafonds zijn toegestaan”. Vraag aan ZK om dit aan te passen, anders leidt het tot onnodige financiële risico's (overschrijding / onderschrijding) voor zorgaanbieders.

We spreken voor de klinische chemie, pathologie en medische microbiologie één plafond af. Dit plafond is opgebouwd uit eventuele volumes voor de kernregio's en volumes van buiten de kernregio. Deze volumes zijn onderling uitsluitend binnen dit plafond substitueerbaar, maar er wordt wel per kernregio gemonitord op het grensverkeer. Indien het plafond op deze specialismen wordt overschreden is het mogelijk om (onder de voorwaarde van het grensverkeer) de overschrijding tegen een staffelkorting uitbetaald te krijgen. Voor de overige specialismen spreken we een afzonderlijk plafond af. Dit maakt samen de totale financiële afspraak. Deze twee plafonds zijn niet onderling substitueerbaar.

Vraag 63: In de kwaliteitsvoorwaarden staat de verplichting voor het sluiten van een SLA met aanvragers. Dit leidt tot onnodige bureaucratie om met iedere aanvrager een SLA te moeten sluiten. Vraag is of ZK dit wil aanpassen met de toevoeging: of op een andere manier het servicelevel waar aanvragers vanuit kunnen gaan heeft vastgelegd.

Zilveren Kruis gaat ervan uit dat de afspraken die worden gemaakt worden vastgelegd in een SLA. De gepubliceerde inkoopleidraad is hierin bindend en hier wijkt Zilveren Kruis niet vanaf.

Vraag 64: Afstemming met verwijzers: In het beleid staat dat ZK het voorgenomen beleid heeft afgestemd met verwijzers uit de kernregio's. Met wie is gesproken in de regio's en wat zijn de uitkomsten ervan? Welke rol hebben zij bij het adviseren van aanvragers om diagnostiek alleen bij de geselecteerde zorgaanbieder aan te vragen? "

Voor de selectieve inkoop 2022-2023 zijn er sessies geweest met huisartsen en is er gesproken met huisartsenorganisaties. Wanneer Zilveren Kruis definitief gunt dan worden de huisartsen hierover ook geïnformeerd. De verwijzer heeft een belangrijke rol bij het verwijzen naar de geselecteerde aanbieder. Zilveren Kruis kan een verwijzer niet verplichten te verwijzen naar een geselecteerde aanbieder. Ook een verzekerde heeft hierin de vrije keuze.

Vraag 65: Wat zijn de consequenties wanneer er wordt besloten om een regio die eerder (2022/2023) selectief werd ingekocht deze inkoopronde (2024/2025) niet selectief in te kopen?

Mocht – om welke reden dan ook – bovengenoemde inkoopprocedure niet tot het gewenste resultaat leiden in een of meerdere kernregio's, en/of mocht Zilveren Kruis niet aan haar zorgplicht kunnen voldoen, dan behoudt Zilveren Kruis zich het recht voor om eerstelijnsdiagnostiek in één of meerdere kernregio's op een andere/aangepaste wijze in te kopen of al dan niet onderhands (bij) te contracteren.

Vraag 66: Is het nodig om een samenwerkingsverband of onderaanneming te hebben met een tweedelijns aanbieder uit de eigen GHOR regio? Óf mag een aanbieder ook inschrijven met een samenwerkingspartner in de tweedelijns uit een andere regio?

Zilveren Kruis wil in het kader van doelmatigheid een aanbieder selecteren die de eerstelijnsdiagnostiek doelmatig(er) en integraal organiseert. Met integraal bedoelen we samenwerking tussen eerste en tweede lijn in dezelfde kernregio, delen van informatie tussen aanbieders waar mogelijk en toegestaan, alle specialismen op één plek en regionaal hanteren van standaardisatie van kwaliteit en processen. Voorwaarde voor inschrijving voor een kernregio is de aanwezigheid van samenwerking tussen de eerste- en tweede lijn in de kernregio, voorafgaand aan de procedure.

Vraag 67: Een aantal plaatsen/postcodes nét over de GHOR grens vallen voor 100% onder het bedieningsgebied van een van onze deelnemende aanbieders. Is het mogelijk om deze plaatsen, in samenwerking met de gegunde partij van de naastgelegen GHOR regio in de definitieve gunning, over te hevelen van GHOR gebied?

We kijken tijdens de selectieve inkoop niet meer af van de gepubliceerde GHOR-grenzen die vermeld staan in bijlage 3: Regio-indeling.



Vraag 68: Een voorwaarde voor inschrijving is een dekkend priknetwerk. Wanneer er geen enkele aanbieder een dekkend priknetwerk in de regio heeft, welke consequenties heeft dit voor het inkoopbeleid? Kan er dan een aanbieder gekozen worden?

Mocht – om welke reden dan ook – bovengenoemde inkoopprocedure niet tot het gewenste resultaat leiden in een of meerdere kernregio's, en/of mocht Zilveren Kruis niet aan haar zorgplicht kunnen voldoen, dan behoudt Zilveren Kruis zich het recht voor om eerstelijnsdiagnostiek in één of meerdere kernregio's op een andere/aangepaste wijze in te kopen of al dan niet onderhands (bij) te contracteren.

Vraag 69: Waarom kiest Zilveren Kruis ervoor de tarieven niet te indexeren naar 2024/2025?

De tarieven voor de Eerstelijnsdiagnostiek zijn in 2023 alsnog tussentijds geïndexeerd vanwege de kostenstijgingen, ondanks dat er geen tussentijdse indexatie zou plaatsvinden. Deze tarieven zijn als uitgangspunt genomen voor 2024-2025. Zilveren Kruis evalueert medio 2024 of het uitblijven van een indexatie op de referentietarieven 2025 nog past bij de ontwikkeling van het kostenniveau in het veld. Zilveren Kruis is van mening dat deze tarieven marktconform zijn.

Vraag 70: Is het nodig om voor het indienen van de aanbidding de afstemming met een onderaannemende partij afgerond te hebben?

Bij het indienen van een aanbod is een intentieverklaring voldoende. Om in aanmerking te komen voor een definitieve gunning is een samenwerkingsovereenkomst noodzakelijk waarin afspraken tussen de verschillende aanbieders moeten worden vastgelegd, die door alle partijen wordt ondertekend.

Vraag 71: Het plafond wordt bepaald obv realisatie 2022 en de verzekerdensmutatie naar 2024. Realisatie 2022 zou ook gecorrigeerd moeten worden voor productie-uitval in Q1-Q4 2022. wordt dit gedaan?

Het plafond per regio is gebaseerd op de gerealiseerde productie in 2022 per declaratiecode en per postcode. Deze volumes zijn gecorrigeerd voor verzekerdensmutatie 2023. In de looptijd van de overeenkomst worden de volumes nog gecorrigeerd voor verzekerdensmutatie van dat jaar.