



# Zorginkoopbeleid 2025

Huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en  
Huisartsendienstenstructuur (HDS)

Transformeren naar duurzaam  
toegankelijke en betaalbare zorg.

# Inhoud

Voorwoord	4
Wijzigingen zorginkoopbeleid in 2025	5
<b>Wat willen we bereiken?</b>	<b>8</b>
Continuïteit en toekomstbestendigheid van huisartsenzorg	8
Samenwerking	9
Proactieve zorgplanning	9
Digitalisering en gegevensuitwisseling	9
Transformatiemiddelen	10
Duurzaamheid	11
Zorgcoördinatie	11
<b>Wat koopt Menzis in?</b>	<b>12</b>
Basishuisartsenzorg (segment 1)	12
Aanvullende modules (segment 2 en 3) gecontracteerd via individuele huisarts of RHO	12
Prestatie toeslag basishuisartsenzorg	12
Prestatie Meer Tijd Voor de Patiënt	12
Prestatie POH-GGZ	12
Prestatie Praktijkmanagement	12
Module resultaatbeloning Menzis indicatoren	13
Stoppen met roken buiten segment 1 tot en met 3	13
Valpreventie: valrisicobeoordeling en ketenaanpak	13
Aanvullende modules (segment 2 en 3) alleen via RHO gecontracteerd	13
Module Integrale zorg voor kwetsbare ouderen	13
Persoonsgerichte ketenzorg	14
Organisatie en infrastructuur (O&I)	14
Verkennd gesprek	15
Wijkgerichte zorg en zorgvernieuwing	15
<b>Wat koopt Menzis niet meer in?</b>	<b>16</b>
Module praktijkondersteuning (POH) kopen wij niet meer in	16
<b>Bij wie koopt Menzis in?</b>	<b>17</b>
Huisartsenpraktijken	17
Regionale huisartsenorganisaties	17

Huisartsendienstenstructuur	18
<b>Inkoopproces</b>	<b>19</b>
Nieuwe zorgaanbieders	19
Planning van de zorginkoop	19
Huisartsenzorg; segment 1 en aanvullende modules segment 2 en 3	19
Multidisciplinaire zorg; aanvullende modules segment 2 en 3	20
Huisartsendienstenstructuren	20
Procedure aanvullende zorginkoop	21
Naleving en controle	21
<b>Bereikbaarheid</b>	<b>22</b>
<b>Inspraak verzekerden</b>	<b>22</b>
<b>Coöperatie Menzis</b>	<b>22</b>
<b>Bijlage 1. Minimumeisen (kwaliteit) basishuisartsenzorg</b>	<b>24</b>
<b>Bijlage 2. Minimumeisen multidisciplinaire zorg</b>	<b>25</b>
<b>Bijlage 3. Minimumeisen huisartsendienstenstructuren (HDS)</b>	<b>26</b>

# Voorwoord

Voor u ligt het zorginkoopbeleid 2025 van Coöperatie Menzis. Met onze zorginkoop dragen we bij aan een aantrekkelijke zorgverzekering met een scherpe premie voor onze leden en aan duurzaam toegankelijke zorg en gezondheid voor al onze leden en de inwoners van onze regio's. Om dit te bereiken zijn er fundamentele veranderingen in de zorg nodig. Dat noemen wij zorgtransformatie: de duurzame verandering die nodig is om passende zorg écht te realiseren.

De komende jaren staat bij Menzis zorgtransformatie centraal. Zo nemen we met andere zorgverzekeraars een voortrekkersrol bij een aantal [versnellingsinitiatieven](#), bijvoorbeeld voor proactieve Zorgplanning (PZP) en het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Daarnaast onderzoeken we de mogelijkheden voor het opschalen van bekende goede initiatieven. Zoals de door het Zorginstituut geïdentificeerde [Passende Zorgpraktijken](#).

## Samenwerking is cruciaal

Zorgtransformatie vraagt om nauwe samenwerking tussen zorgaanbieders, gemeenten, andere organisaties in het sociaal domein en zorgverzekeraars. Dit doen we vooral in onze regio's: Groningen, Twente, Achterhoek, Rivierland, Arnhem en Gelderse Vallei. Hiermee beogen we (duurdere en/of zwaardere) zorg te voorkomen, de gezondheid van inwoners te verbeteren, gezondheidsverschillen terug te dringen en zelfredzaamheid en eigen regie te vergroten. De in 2023 [opgestelde regioplannen](#) zijn daarin leidend.

We willen dat steeds meer zorg dicht bij de patiënt en in de thuissituatie plaats vindt. Daarvoor is een goed georganiseerde en toegankelijke eerstelijns nodig. We investeren daarom in toegankelijke huisartsenzorg en wijkverpleging. Onder andere met het stimuleren van de inzet van digitale zorg, taakherschikking/delegatie en tijdelijke financiële ondersteuning voor de toekomstbestendigheid van basishuisartsenzorg. En met slimme arbeidsbesparende oplossingen en meer samenwerking met en tussen zorgaanbieders in de gehele eerstelijns.

## Aandacht voor duurzaamheid

De zorgsector draagt aanzienlijk bij aan de CO<sub>2</sub>-uitstoot, grondstofverbruik en afvalproductie in Nederland. Menzis wil een bijdrage leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap. We hebben dan ook de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 ondertekend en samen met de andere zorgverzekeraars integreren we de ambities en afspraken uit de Green Deal in ons zorginkoopbeleid en afspraken met zorgaanbieders.

## In gesprek

Zoals ik in dit voorwoord al schrijf: samenwerking is essentieel om passende, duurzaam toegankelijke en betaalbare zorg te realiseren. We gaan graag met u het gesprek aan over de genoemde punten of andere gezamenlijke vraagstukken.

Koen Jansen

Directeur Zorg & Gezondheid

# Wijzigingen zorginkoopbeleid in 2025

Hieronder vindt u de aanpassingen ten opzichte van het vorige zorginkoopbeleid, inclusief verwijzingen naar meer informatie. In de bijlagen vindt u een overzicht van de (gewijzigde) minimumeisen voor het verkrijgen van een overeenkomst.

Onderwerp	Wijziging	Meer info
Prestatie toeslag basis huisartsenzorg	De prestatie 'toeslag basishuisartsenzorg' biedt vanaf 2025 voor de individuele huisarts tijdelijk meer financiële ondersteuning als er sprake is (of dreigt te komen) van discontinuïteit van basishuisartsenzorg. Deze prestatie kan in samenspraak met de RHO en/of ROS worden aangevraagd bij de regiomanager van Menzis. Bij de aanvraag wordt een begroting aangeleverd die door Menzis beoordeeld zal worden.	Pagina 12
MTVP	De gemaakte afspraken in het IZA hebben in 2023 geleid tot het toevoegen van de prestatie Meer Tijd Voor de Patiënt. Menzis continueert de prestatie Meer Tijd voor de Patiënt in 2025, onder voorbehoud van wijzigingen in de NZa prestatie- en tariefbeschikking Huisartsenzorg 2025, onderdeel MTVP. In dat geval behoudt Menzis zich het recht voor om de prestatie MTVP 2025 alsnog te wijzigen.	Pagina 12
POH-GGZ	De gemaakte afspraken in het IZA hebben in 2023 geleid tot een uitbreiding van het maximumaantal uren POH-GGZ van 12 naar 16 uur per week per normpraktijk ten behoeve van netwerkzorg en het inzetten van e-health modules. Menzis ziet bij voorkeur dat netwerkzorg en e-health regionaal is georganiseerd in samenwerking met de RHO en GGZ. Menzis continueert de prestatie POH-GGZ in 2025 conform de voorwaarden van 2024, onder voorbehoud van wijzigingen in de NZa prestatie- en tariefbeschikking Huisartsenzorg 2025, onderdeel POH-GGZ. In dat geval behoudt Menzis zich het recht voor om de prestatie POH-GGZ 2025 alsnog te wijzigen.	Pagina 12
Module resultaatbeloning	Voor het onderdeel regio specifieke indicatoren geldt vanaf 2025 voor alle RHO's dat bij selectie van 3 indicatoren het max tarief van toepassing is. Indicator 1 is hierbij verplicht.	Pagina 13
Stoppen met Roken (SMR)	Menzis koopt de programmatische aanpak bij stoppen met roken (SMR, niet vallend onder segment 1 tot en met	Pagina 13

3) in bij individuele huisartsen en SMR gespecialiseerde aanbieders.

Valpreventie: valrisicobeoordeling en ketenaanpak	<p>Vanuit het IZA en het GALA is afgesproken dat zorgverzekeraars en gemeenten met ingang van 1 januari 2024 in elke regio starten met het inrichten van een ketenaanpak valpreventie voor ouderen met een valrisico. Op dit moment is de ketenaanpak valpreventie nog niet in alle regio's georganiseerd. Menzis voert hierover momenteel gesprekken met het sociale domein en eerstelijns regionale samenwerkingsverbanden.</p> <p>Zodra de ketenaanpak in uw regio staat worden zorgaanbieders hierover nader geïnformeerd. Tot die tijd koopt Menzis de valrisicobeoordeling individueel bij huisartsen in.</p>	Pagina 13
Module integrale zorg voor kwetsbare ouderen	<p>Vanaf 2025 wordt de module 'Integrale zorg voor kwetsbare ouderen' alleen via de Regionale Huisartsenorganisatie (RHO) ingekocht en niet meer bij de individuele huisarts.</p> <p>Deze prestatie betreft per 1 januari 2025 een integraal tarief per geïnccludeerde kwetsbare verzekerde. We laten hiermee de leeftijdsgrens van 75 jaar of ouder los. Het tarief voor deze prestatie en bijbehorende voorwaarden worden zo snel mogelijk bekend gemaakt.</p> <p>Bereid u erop voor dat per 1 januari 2026 er voor de geïnccludeerde kwetsbare verzekerden geen ketenzorg meer in rekening mag worden gebracht. Deze verschuiving vindt budgetneutraal plaats en wordt het komende jaar in samenwerking met het veld nader uitgewerkt.</p>	Pagina 13
Verkennd gesprek	<p>Het verkennend gesprek is opgenomen in het IZA en maakt onderdeel uit van de mentale gezondheidscentra. Onder voorbehoud van uiteindelijke landelijke besluitvorming over organisatie en financiering van het verkennend gesprek, vertaalt Menzis het IZA op dit punt als volgt. Menzis verwacht van de RHO dat zij uiterlijk op 1 januari 2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in nauwe samenwerking met de GGZ en het sociaal domein tot een duidelijke afbakening zijn gekomen van de werkzaamheden van de POH-GGZ en de invulling van het verkennend gesprek;</li> <li>- in nauwe afstemming met de GGZ en het sociaal domein hebben vastgesteld onder welke voorwaarden patiënten kunnen worden doorverwezen voor een verkennend gesprek.</li> </ul>	Pagina 15

Dit alles zodat per 1 januari 2025 het verkennend gesprek ook daadwerkelijk plaats kan vinden. Gelet op de landelijke ontwikkelingen rondom het IZA kan de genoemde datum van 1 januari 2025 nog wijzigen.

Module praktijkondersteuner (POH)

De module praktijkondersteuner (POH) wordt vanaf 2025 niet meer als een aanvullende module ingekocht bij de overeenkomst Huisartsenzorg.

Daarvoor in de plaats kunnen visites, (telefonische) consulten, en/of M&I verrichtingen die door een POH uitgevoerd worden en buiten de modules ketenzorg, POH-GGZ en/of de module integrale zorg voor kwetsbare ouderen vallen, via de reguliere prestaties gedeclareerd worden.

Pagina 16

# Wat willen we bereiken?

De wereld om ons heen verandert. De zorg verandert mee. Er kan steeds meer en behandelingen vinden steeds vaker (deels) thuis plaats. En als door ziekte of ouderdom alledaagse handelingen lastiger worden, zetten professionals zich in om de patiënt zo veel mogelijk (weer) zelfstandig te laten functioneren. Dat gebeurt thuis, ondersteund met hulpmiddelen en technologieën. De principes van Positieve Gezondheid zijn daarbij uitgangspunt. Niet meer de nadruk op wat iemand niet kan, maar op wat iemand nog wél kan. Zorg en ondersteuning kan, al dan niet tijdelijk, eenvoudig opgeschaald worden om crisissituaties te voorkomen.

Goede onderlinge samenwerking in de keten van huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal domein en andere specialisten (zoals kortdurende zorg, apothekers en paramedici) in de regio is hiervoor randvoorwaardelijk (zie afbeelding). Vanuit Coöperatie Menzis zetten we ons daarom de komende jaren in om, samen met onze aanbieders in de regio, te werken aan de samenwerking in de eerstelijnszorg. Dit doen we in lijn met de [Visie eerstelijnszorg 2030](#) waaraan zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich hebben verbonden.



Afbeelding: doelen uit visie eerstelijnszorg 2030

De focus voor huisartsen ligt op het uitvoeren van de toestroom, voorbereiding en toeleiding: het geven van het best passende antwoord op een hulpvraag (zorg of ondersteuning in het sociaal domein) en met de inzet van Proactieve Zorgplanning (PZP) ter voorkomen van en/of richting geven bij crises en het opschalen in de keten. Niet alleen waar het gaat om substitutie van zorg, maar ook door niet-medische noodzakelijke zorg over te dragen aan het sociaal domein en patiënten tijdig door te verwijzen naar de Wlz als zij aan de toegangscriteria voldoen.

## Continuïteit en toekomstbestendigheid van huisartsenzorg

De huisarts is over het algemeen de eerste zorgprofessional tot wie een patiënt zich wendt met vragen over de gezondheid. Daarmee heeft de huisarts een cruciale rol in de wijze waarop de zorg in Nederland is georganiseerd. De vraag naar huisartsenzorg neemt echter toe als gevolg van het groeiend aantal (thuiswonende) ouderen, meer mensen met een chronische aandoening en verschuiving van zorg vanuit de ziekenhuizen en GGZ naar de huisartsenpraktijk. Tegelijkertijd zien we een daling van de beroepsbevolking en een toenemende druk op mantelzorgers. Dit zet de huisartsenzorg onder druk.



Het zorginkoopbeleid 2025 is er daarom op gericht om de continuïteit en toekomstbestendigheid van huisartsenzorg te borgen. Met de wijzigingen ten opzichte van ons beleid 2023 en 2024 willen we de huisartsenzorg versterken daar waar we voor de komende jaren knelpunten voorzien. Door meer regionale en lokale samenwerking (onder andere samenwerken met het sociaal domein voor passende en slimmere zorg), meer hybride werken en met behulp van digitale oplossingen en nieuwe manieren van zorgverlening houden we de huisartsenzorg toegankelijk voor iedereen en voor chronische en kwetsbare patiënten dichtbij. [Lees hier meer over Menzis en Huisartsenzorg 2030.](#)

## Samenwerking

Randvoorwaardelijk voor de continuïteit en toekomstbestendigheid is het verbeteren van de samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegkundigen, sociaal domein en andere eerstelijnsprofessionals (zoals kortdurende zorg, Specialist ouderengeneeskunde, apothekers en paramedici) conform de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA). Denk hierbij aan de bouwstenen van Hechte Huisartsenzorg en de samenwerking met wijkverpleging voor herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging en de ontwikkeling van de organisatiegraad in de paramedische en farmaceutische zorg.

Goede samenwerking moet aansluiten op de ontwikkeling in de regio en in de wijk. Een landelijke blauwdruk past daar niet altijd bij. Om die reden verwachten we van zorgaanbieders in de regio dat zij zich conformeren aan de regio- en ROAZ-beelden en plannen die zijn opgeleverd, voortkomend uit het IZA.

## Proactieve zorgplanning

Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (2017) beschrijft proactieve zorgplanning (PZP, voorheen Advance Care planning (ACP)) als volgt: Proactieve zorgplanning is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. In het IZA wordt de ambitie uitgesproken dat cliënten en hun naasten samen met professionals beslissen over de juiste zorg en ondersteuning én vooruitdenken. PZP krijgt een steeds belangrijkere plek binnen het medisch en verpleegkundig domein.

PZP biedt de huisarts handvatten voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de periode voor en bij het levens-einde, het leveren van zorg zoals de patiënt dat wenst en het voorkomen van onder- en overbehandeling. Dit proces van denken, plannen en organiseren is dynamisch en multidisciplinair (in de keten van huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal domein en andere specialismen, zoals kortdurende zorg, apothekers en paramedici) en omvat zorgvuldig gezamenlijke besluitvorming over behandelafspraken die zijn afgestemd op de wensen, waarden en behoeften van het individu.

We verwachten van huisartsen dat zij een visie hebben op de wijze waarop PZP in de praktijk wordt uitgevoerd en dat dit standaard onderdeel uitmaakt van het behandelplan. Afspraken worden vastgelegd in een persoonlijk zorgplan van de cliënt en deze zijn voor alle betrokken zorgverleners inzichtelijk. Hierdoor is iedere betrokken zorgverlener op de hoogte van de wensen van en afspraken met de client.

## Digitalisering en gegevensuitwisseling

Digitale voorzieningen zijn niet meer weg te denken uit onze samenleving. Wij zien de inzet van digitale zorg als belangrijk middel om de zorg toegankelijk, beschikbaar en betaalbaar te houden en daarmee bij te dragen aan de zorgtransformatie.

Zorgverzekeraars hebben uniforme ambities geformuleerd met betrekking tot digitalisering en gegevensuitwisseling met als uitgangspunt: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Deze gezamenlijke ambities zijn

centraal gepubliceerd. Focus ligt op digitaliseren en hybridiseren van zorgprocessen, toegang voor inwoners tot hun eigen zorggegevens en elektronische gegevensuitwisseling. We verwachten van zorgaanbieders dat zij zich hiervoor inspannen, zoals afgesproken in het Integraal Zorgakkoord en het IZA uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling.

Voor 2025 continueren wij het inkoopbeleid 2022 en verder:

- Elke Regionale Huisartsenorganisatie (RHO) beschikt over een professionele ICT-inrichting, een Chief Information Officer (CIO)/ Chief Medical Information Officer (CMIO) en ICT-ondersteuning voor huisartsenpraktijken;
- Elke RHO beschikt over een gedragen regionale visie en strategie ten aanzien van hybride zorg en de digitalisering in de huisartsenpraktijk. De hybride praktijk wordt de norm met enerzijds (digitale) zorg op afstand en anderzijds binnen de huisartsenpraktijk een vaste zorgverlener voor chronische en kwetsbare patiënten. De RHO draagt de visie en strategie uit naar de individuele huisartsenpraktijken en monitort en evalueert deze jaarlijks met de bij hen bekende regiomanager van Menzis;
- Elke RHO heeft drie regionale voorkeursoplossingsrichting(en) voor de digitale transformatie. Hierbij gaat het niet alleen over het implementeren van een tool, maar ook over het anders organiseren en inrichten van de zorg. De RHO monitort en evalueert deze jaarlijks met de bij hen bekende regiomanager van Menzis;
- Met de komst van het door LHV, NHG, InEen, ZN en NedHIS geïnitieerde keurmerk XIS is een set van kwaliteitseisen beschikbaar voor de ICT-systemen in de huisartsenzorg. Als zorgverzekeraar gaan wij ervan uit dat huisartsen gebruik maken van een HIS met keurmerk.

Aanvullend op het beleid van 2025 verwachten we dat gegevensuitwisseling in de regio is geüniformeerd met alle relevante lokale partners.

## Transformatiemiddelen

Het is van cruciaal belang om samen te werken binnen de regio om de transformatie van de zorg te realiseren, en dit geldt niet alleen voor het zorgdomein, maar ook voor de betrokkenen in het sociale domein. Als zorgverzekeraar nemen we het initiatief in de regio's waar we een groot marktaandeel hebben om de afspraken en doelen van het IZA, GALA en WOZO te verwezenlijken. In principe vinden de afspraken over zorgtransformaties plaats tijdens de individuele contractering. Echter, soms hebben transformaties een dermate grote impact dat zowel vanuit meerdere zorgaanbieders als vanuit alle zorgverzekeraars dezelfde beweging ingezet moet worden. Dit noemen we 'impactvolle transformaties'. Bij transformaties die aanzienlijke verschuivingen van zorg richting voorliggende domeinen of preventie laten zien of die sectoroverstijgend zijn, willen we meedenken over hoe dit aansluit bij de regionale ontwikkeling op basis van regioplannen. Daarnaast kunnen we adviseren of voor deze transformaties de transformatiegelden ingezet kunnen worden.

Informatie over het insturen van plannen en het proces en de benodigde documenten kunt u vinden op onze website: [Transformatieplannen](#).

## Duurzaamheid

Menzis en de andere zorgverzekeraars vinden het van groot belang om met de zorginkoop een bijdrage te leveren aan het verduurzamen van het gehele zorglandschap (Zvw- en Wlz-breed). Daarom hebben we samen met andere zorgverzekeraars een gezamenlijk inkoopbeleid voor het verduurzamen van de zorg opgesteld op basis van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0).

Om samen met zorgaanbieders in te zetten op het versnellen van de verduurzaming van de zorgsector, verwachten we van u dat u:

- zich committeert 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 u zich in beleid en handelen aantoonbaar en uitlegbaar richt op het realiseren van de doelstellingen van de GDDZ3.0;
- duurzaamheid verankert in uw strategie. Van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in geval u verplicht bent een jaarverslag te maken, maar niet CSRD-plichtig bent, in het jaarverslag ook rapporteert over de duurzaamheidsprestaties van hun organisatie (voor zo ver beschikbaar) en hoe die zich verhouden tot de doelen en ambities van uw organisatie (voor zo ver bepaald);
- conform GDDZ 3.0 (art. 4.2.e.) een mobiliteitsplan heeft opgesteld gericht op het terugdringen van de CO<sub>2</sub>-emissie van vervoersbewegingen van medewerkers. Dit geldt alleen voor zorgaanbieders met meer dan 100 fte.

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door het verspreiden van groene voorbeelden in de zorgsector. Zie [tabel voor Groene Initiatieven](#) die de zorgverzekeraars hebben verzameld.

### Specifiek voor huisartsengeneeskunde

Ondersteuning bij verduurzaming is onder meer te vinden in het e-book 'De Groene Huisartsenpraktijk' van de LHV en de 'Inspiratiegids verspil geen pil' van de Coalitie Duurzame Farmacie.

## 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 één (virtueel) loket.

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

# Wat koopt Menzis in?

## Basishuisartsenzorg (segment 1)

Het zorginkoopbeleid 2025 betreft de inkoop van zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet. We kopen de betreffende basishuisartsenzorg in bij de zorgaanbieders die voldoen aan de betreffende inkoopvoorwaarden, zoals genoemd in bijlage 1.

## Aanvullende modules (segment 2 en 3) gecontracteerd via individuele huisarts of RHO

Daarnaast bieden we de volgende aanvullende modules aan, mits de zorgaanbieder voldoet aan de betreffende inkoopvoorwaarden, zoals genoemd in bijlage 1:

## Prestatie toeslag basishuisartsenzorg

Huisartsenzorg is een cruciaal onderdeel van de zorgketen. Continuïteit en toegankelijkheid van huisartsenzorg is essentieel. We zien dat dit op diverse plekken in onze kernregio's al onder druk staat. Om deze druk te verminderen en te voorkomen dat er discontinuïteit van huisartsenzorg op andere plekken ontstaat, bieden we in 2025 tijdelijk financiële ondersteuning voor de toekomstbestendigheid van basishuisartsenzorg.

Met de prestatie toeslag basishuisartsenzorg bieden wij vanaf 1 januari 2025 individuele huisartsen tijdelijk meer financiële ruimte voor de toekomstbestendigheid van basishuisartsenzorg als er sprake is van (dreigende) discontinuïteit. Deze prestatie kan, mits onderbouwd, inclusief begroting en in samenspraak met de betrokken huisarts door de RHO en/of ROS worden aangevraagd bij de regiomanager. Wij beoordelen uiteindelijk de aanvraag.

Deze prestatie heeft een tijdelijk karakter en geldt niet voor zaken en kosten, die al vanuit het inschrijftarief voldaan moeten worden: althans worden vergoed. Reguliere huisvestingskosten vallen niet onder de prestatie toeslag huisartsenzorg: voor ondersteuning op het gebied van huisvesting verwijzen we naar de ['handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra'](#).

## Prestatie Meer Tijd Voor de Patiënt

De gemaakte afspraken in het IZA hebben in 2023 geleid tot het toevoegen van de prestatie Meer Tijd Voor de Patiënt. Wij continueren de prestatie Meer Tijd voor de Patiënt in 2025 onder voorbehoud van een wijziging in de NZa prestatie- en tariefbeschikking Huisartsenzorg 2025, onderdeel MTVP. In dat geval behouden we ons het recht voor om de prestatie MTVP 2025 alsnog te wijzigen.

## Prestatie POH-GGZ

De gemaakte afspraken in het IZA hebben in 2023 geleid tot een uitbreiding van het maximumaantal uren POH-GGZ van 12 naar 16 uur per week per normpraktijk voor netwerkzorg en het inzetten van e-health modules. Wij zien bij voorkeur dat netwerkzorg en e-health regionaal wordt georganiseerd in samenwerking met de RHO en GGZ.

Wij continueren de prestatie POH-GGZ in 2025 conform de voorwaarden van 2024 onder voorbehoud van een wijziging in de NZa prestatie- en tariefsbeschikking Huisartsenzorg 2025, onderdeel POH-GGZ. In dat geval behouden we ons het recht voor om de prestatie POH-GGZ 2025 alsnog te wijzigen.

## Prestatie Praktijkmanagement

We bieden huisartsen een vergoeding voor de inzet van een praktijkmanager. Door de inzet van een praktijkmanager kan de huisarts zich concentreren op de directe patiëntenzorg, terwijl de praktijkmanager zorgdraagt voor de

praktijkorganisatie en de samenwerking met lokale ketenpartners vormgeeft. In 2025 continueren we de module praktijkmanagement.

## Module resultaatbeloning Menzis indicatoren

Net als in 2023-2024 handhaven we de module resultaatbeloning. Binnen deze module stelt de RHO, in afstemming met Menzis, per regio specifieke indicatoren vast. Hiervoor geldt vanaf 2025 voor alle RHO's dat bij selectie van drie indicatoren door huisartsen het maximumtarief van toepassing is. Indicator 1 is hierbij verplicht. Invulling van de regiospecifieke indicatoren gebeurt in overleg met de RHO en dient voor 26 augustus 2024 afgerond te zijn. In de uitwerking van de module resultaatbeloning hebben we de regiospecifieke prestaties beschreven. Deze publiceren we uiterlijk begin september op onze website, gelijktijdig met de verzending van de vragenlijst voor de overeenkomst huisartsenzorg via het contracteerportaal van VECOZO.

## Stoppen met roken buiten segment 1 tot en met 3

We kopen de begeleiding bij stoppen met roken (SMR) in bij zowel huisartsen als specialistische zorgaanbieders conform de vigerende beleidsregel Stoppen met rokenprogramma, zoals vastgesteld door de NZa. Uitgangspunt is dat de te contracteren SMR-begeleiding voldoet aan de [landelijke Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving](#) en SMR-ondersteuning van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en Trimbos-instituut en de onderliggende zorgmodule. [Lees hier](#) meer informatie, de minimale eisen en de uitvoeringseisen.

## Valpreventie: valrisicobeoordeling en ketenaanpak

Vanuit het IZA en het GALA is afgesproken dat zorgverzekeraars en gemeenten met ingang van 1 januari 2024 in elke regio starten met het inrichten van een ketenaanpak valpreventie voor ouderen met een valrisico. Op dit moment is de ketenaanpak valpreventie nog niet in alle regio's georganiseerd. Wij voeren hierover momenteel gesprekken met het sociaal domein en eerstelijns regionale samenwerkingsverbanden.

Zodra de ketenaanpak in uw regio staat, informeren wij u hierover [via onze website](#). Tot die tijd blijven we uiteraard de valrisicobeoordeling individueel bij huisartsen inkopen.

## Aanvullende modules (segment 2 en 3) alleen via RHO gecontracteerd

Onderstaande modules bieden we aan, mits de zorgaanbieder voldoet aan de betreffende inkoopseisen, zoals genoemd in bijlage 2:

## Module Integrale zorg voor kwetsbare ouderen

De prestatie integrale zorg voor kwetsbare ouderen heeft als doel de huisarts te ondersteunen bij het leveren van zorg voor kwetsbare ouderen. Hiervoor is het noodzakelijk dat de huisarts inzage heeft in de mate van kwetsbaarheid van de populatie ouderen in de huisartsenpraktijk. Kwetsbare ouderen hebben vaak met verschillende eerstelijnszorgverleners te maken. Het bieden van integrale ondersteuning vraagt om nauwe samenwerking tussen zorg en welzijn. Een adequaat functionerend lokaal geriatrisch netwerk voor afstemming en consultatie is hierbij essentieel.

Om die reden passen we de module voor integrale zorg voor kwetsbare ouderen per 2025 aan als het gaat om de te contracteren zorgaanbieder. Vanaf 1 januari 2025 kopen we deze module alleen in via de RHO, mits wordt voldaan aan de betreffende eisen.

Op deze manier willen we de huisarts ondersteunen bij het organiseren van de te leveren zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie (met en zonder Wlz-indicatie, VPT en MPT) en in samenwerking met VVT en kleinschalige woonvormen. We verwachten dat huisartsen zich voorbereiden op de toename van het aantal kwetsbare ouderen

(met complexe problematiek) in de wijk/regio, waarbij de huisarts verantwoordelijk is voor het bieden van medisch generalistische zorg.

We verwachten dat de huisarts haar kwetsbare populatie in beeld heeft en er goede samenwerkingsafspraken zijn met de verschillende lokale en regionale eerstelijnszorgverleners met wie kwetsbare ouderen vaak te maken hebben. Oftewel een adequaat functionerend lokaal geriatrisch netwerk voor afstemming en consultatie. Samenwerking en afspraken met de specialisten ouderengeneeskunde over taak- en rolverdeling en bijbehorende verantwoordelijkheid wordt daarom steeds belangrijker.

Conform ons beleid en voorwaarden van voorgaande jaren moeten huisartsen zich verbinden aan het zorgprogramma kwetsbare ouderen van de Regionale Huisartsenorganisatie (RHO). We verwachten dat de RHO op basis van de regio- en ROAZ-beelden en plannen, op regionaal en lokaal niveau werkwijzen en uitkomsten voor ons inzichtelijk maakt. Verder verwachten we dat de RHO huisartsen ondersteunt met passende interventies en interviews waar kennis wordt gedeeld. Vanaf 2025 verwachten we daarom een meer proactieve houding van de RHO als het gaat om het organiseren en stimuleren van samenwerking voor kwetsbare ouderen, zowel binnen het huisartsendomein als met de wijkverpleging, Specialist ouderengeneeskunde (SO), zorgaanbieders die GZSP en kortdurend verblijf bieden en het sociaal domein (bijvoorbeeld sociale wijkteams), zo mogelijk aangevuld met andere eerstelijnszorgaanbieders.

Deze module betreft een integraal tarief per geïnccludeerde verzekerde en niet meer een opslag per 75+ er. De inclusiecriteria stellen we in 2024, in afstemming met het veld, vast. Het tarief voor deze prestatie en bijbehorende voorwaarden maken we zo snel mogelijk bekend.

Per 1 januari 2026 mag er voor deze geïnccludeerde verzekerden geen ketenzorg meer in rekening worden gebracht. Het is onze bedoeling om deze verschuiving van kosten budgetneutraal te laten plaatsvinden. Dit werken we in 2025 verder uit.

## Persoonsgerichte ketenzorg

Voor de persoonsgerichte ketenzorg voor mensen met DMII, COPD, Astma en CVRM gelden vrije tarieven. Deze spreken we per RHO af met de betreffende regiomanager. In 2025 continueren we dit beleid. Bij de uitwerking van persoonsgerichte ketenzorg vormt het regiobeeld de basis voor de regionale invulling. Zo verwachten we van de RHO dat zij een visie en implementatieplan voor persoonsgerichte ketenzorg hebben opgeleverd en met de implementatie van het aangepaste zorgprogramma zijn gestart. Uitvoeren, monitoren, evalueren en bijstellen van de visie en bijbehorend implementatieplan is onderdeel van de continue kwaliteits(verbeter)cyclus en wordt minimaal twee keer per jaar besproken met de betrokken regiomanager van Menzis.

## Organisatie en infrastructuur (O&I)

De regiobeelden en ROAZ-beelden, die voortkomen uit het Integraal Zorg Akkoord (IZA), schetsen een beeld van de feitelijke situatie van de regio en de knelpunten, en wat er gebeurt als we nu niets doen. De regioplannen en ROAZ-plannen beschrijven welke acties ondernomen worden om de gesignaleerde knelpunten aan te pakken. Organisatie- en infrastructuurmiddelen (O&I) worden ingezet om de speerpunten uit de regio- en ROAZ-beelden en -plannen uit te werken en te implementeren.

De RHO faciliteert, eventueel met ondersteuning van de ROS, multidisciplinaire zorg op regionaal en wijkniveau en ondersteunt praktijken met innovatie. Ook wat betreft het samenwerken en het creëren van netwerkzorg met andere eerstelijns- en tweedelijns partijen en het sociaal domein verwachten we een actieve rol van de RHO, al dan niet met ondersteuning van de ROS.

Onderscheidend binnen de O&I-prestaties is de grootte van de populatie ingeschreven patiënten, die bereikt wordt. Voor wijkmanagement betreft het een populatie van 10.000 – 20.000 ingeschreven patiënten, voor regiomanagement is de grootte 100.000 of meer ingeschreven patiënten. Wijk- en regiomanagement contracteren we niet tegelijk. Indien van toepassing brengen we dit onder in één betaaltitel.

O&I afspraken worden door de RHO met de regiomanager bij Menzis gemaakt.

## Verkennd gesprek

Het verkennd gesprek is opgenomen in het IZA en maakt onderdeel uit van de mentale gezondheidscentra. Vanaf 2025 wordt het verkennd gesprek door de GGZ-professional(s) (zoveel mogelijk samen met een ervaringsdeskundige) gevoerd in samenwerking met het sociaal domein. Het uitgangspunt is een (voorgenomen) verwijzing van patiënten met GGZ-problematiek én met problemen op andere levensdomeinen door de huisarts naar de GGZ dan wel het sociaal domein. De huisarts beoordeelt of een verwijzing voor een verkennd gesprek van meerwaarde is. Naar verwachting wordt in 2024 duidelijk op welke wijze het verkennd gesprek in 2025 wordt georganiseerd en gefinancierd, zoals bedoeld in het IZA.

Onder voorbehoud van uiteindelijke landelijke besluitvorming over organisatie en financiering van het verkennd gesprek, vertalen we het IZA op dit punt als volgt.

We verwachten van de RHO dat zij:

- in nauwe samenwerking met de GGZ en het sociaal domein tot een duidelijke afbakening zijn gekomen van de werkzaamheden van de POH-GGZ en de invulling van het verkennd gesprek;
- in nauwe afstemming met de GGZ en het sociaal domein hebben vastgesteld onder welke voorwaarden patiënten kunnen worden doorverwezen voor een verkennd gesprek. Dit alles zodat per 1 januari 2025 het verkennd gesprek ook daadwerkelijk kan plaatsvinden. Gelet op de landelijke ontwikkelingen rondom het IZA kan genoemde datum van 1 januari 2025 eventueel nog wijzigen.

## Wijkgerichte zorg en zorgvernieuwing

Wij stimuleren zorgvernieuwingsinitiatieven, die bijdragen aan betere zorg in de wijk en de regio, en zien hiervoor nog veel kansen. Initiatieven die aansluiten bij de regio- en ROAZ -beelden en plannen - en die voldoende impact hebben om de zorg toegankelijk te houden, de zorgkosten te beheersen en de uitkomsten van zorg te verbeteren - kunnen klein beginnen, maar dienen potentieel omarmd te worden door de hele regio. Zorgaanbieders kunnen op basis van de dagelijkse praktijk ideeën die hieraan bijdragen kenbaar maken bij de RHO of GEZ. We maken de uiteindelijke zorgvernieuwingsafpraak met de RHO of GEZ uit uw regio. Zorgvernieuwingsinitiatieven kunnen door de RHO of GEZ aangevraagd worden bij de regiomanager vanuit Menzis.

# Wat koopt Menzis niet meer in?

## Module praktijkondersteuning (POH) kopen wij niet meer in

Van oudsher kenden we een POH-S module. Voor de zorginhoudelijke inzet van de praktijkondersteuner is deze module de afgelopen jaren opgegaan in de module ketenzorg (inzet POH-S), de module POH-GGZ en de module integrale zorg voor kwetsbare ouderen (inzet POH-O). We hebben gemeend nog enkele jaren de POH(-S) module in kleinere vorm te behouden voor het overnemen van taken. Daardoor heeft de huisarts meer tijd beschikbaar voor patiëntenzorg. Met de komst van de prestatie Meer Tijd voor de Patiënt is hier nu ook een formele prestatie voor.

Daarnaast zien we de afgelopen jaren een toenemende vraag naar andere manieren van praktijkondersteuning voor de continuïteit van huisartsenzorg (bijvoorbeeld tijdelijke financiering voor overname verouderde/slecht opvolgbare praktijken). Daarom willen we de middelen, die gemoeid zijn met de module POH en gebruikt worden voor indirecte zorg, inzetten voor de nieuwe prestatie opslag basishuisartsenzorg voor de continuïteit huisartsenzorg.

Omdat de praktijkondersteuner dus op diverse manieren door de zorgaanbieder gefinancierd kan worden, is de Module praktijkondersteuning (POH) niet meer nodig wat ons betreft. Om die reden bieden we u vanaf 2025 de module praktijkondersteuning niet meer aan in een apart addendum bij de zorgovereenkomst Huisartsenzorg. Financiering van inhoudelijke inzet van praktijkondersteuning kan immers plaatsvinden via afspraken op maat, mits u voldoet aan de voorwaarden: module ketenzorg, module POH-GGZ en module integrale zorg voor kwetsbare ouderen.

De zorginhoudelijke visites, (telefonische) consulten, en/of M&I verrichtingen die door een POH uitgevoerd worden en buiten de modules ketenzorg, POH-GGZ en/of module integrale zorg voor kwetsbare ouderen liggen, kunt u vanaf 1 januari 2025 via de reguliere prestaties declareren.

Met deze wijziging verminderen we het aantal modules en bijbehorende administratieve lasten. Daarnaast kunnen wij beter naar verzekeren verantwoordelijk zijn ingezet en waar de gelden voor niet-directe zorg aan zijn besteed.



# Bij wie koopt Menzis in?

## Huisartsenpraktijken

Wij bieden huisartsen in onze kernregio's (regio Noord; provincie Groningen en kop van Drenthe, regio Oost; Achterhoek, Twente en de regio Midden; Centraal Gelderland, Gelderse Vallei, Rivierenland), die voldoen aan de voorwaarden (zie: minimumeisen bijlage 1), een overeenkomst huisartsenzorg 2025 aan.

Net als voorgaande jaren bestaat de overeenkomst uit een basisovereenkomst met mogelijkheden voor uitbreiding via addenda voor de aanvullende modules: M&I verrichtingen, praktijkondersteuning GGZ, praktijkmanagement en resultaatbeloning. Hiervoor gelden specifieke inkoopvoorwaarden, criteria en tarieven. Deze bijlagen publiceren we uiterlijk 1 september 2024 op [onze website](#).

Onze overeenkomst wordt op dezelfde wijze als in 2023-2024 via het Zorginkoopportaal van VECOZO aangeboden en gecontracteerd. Het betekent dat één huisarts, die daartoe gemachtigd is, de inhoud en omvang van de overeenkomst bepaalt voor de aan de huisartsenpraktijk verbonden individuele huisartsen. Vervolgens sluiten wij de overeenkomst met de betreffende individuele huisarts(en), mits voldaan aan de voorwaarden.

Niet (tijdig) voldoen aan wat is opgenomen in één van de bijlagen betekent dat we met u geen overeenkomst 2025 aangaan, oftewel het betreffende onderdeel niet bij u inkopen, dan wel de betreffende overeenkomst kunnen beëindigen. De voorwaarden in alle bijlagen gelden voor de gehele duur van de betreffende overeenkomst, tenzij anders is aangegeven.

De tarieven voor de basis huisartsenzorg worden grotendeels vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Wij volgen deze maximumtarieven. Voor de overige tarieven voor huisartsenzorg gelden vrije tarieven. Deze tarieven stellen we jaarlijks vast.

Huisartsenpraktijken buiten onze kernregio's kunnen bij ons digitaal het verzoek indienen om de overeenkomst met de preferente verzekeraar te volgen. Dit verloopt via het contracteerproces met de preferente zorgverzekeraar.

## Regionale huisartsenorganisaties

Overeenkomsten voor ketenzorg, module kwetsbare ouderen, zorgvernieuwing en/of organisatie & infrastructuur worden overeengekomen tussen Menzis en de RHO's binnen onze kernregio's (regio Noord; provincie Groningen en kop van Drenthe, regio Oost; Achterhoek, Twente en de regio Midden; Centraal Gelderland, Gelderse Vallei, Rivierenland).

RHO's buiten onze kernregio's kunnen bij ons het verzoek indienen om de overeenkomst met de preferente verzekeraar te volgen. Dit verloopt via het contracteerproces met de preferente zorgverzekeraar.

Wegens de vermindering van de administratieve lasten hebben we vanaf 2020 de structuur van de overeenkomsten multidisciplinaire zorg en zorgvernieuwing aangepast. Door met een raamovereenkomst te werken, kunnen we gedurende de looptijd van de raamovereenkomst eenvoudig nieuwe afspraken met een deelovereenkomst toevoegen. Voor 2025 handhaven we die vorm van contractering.

## Huisartsendienstenstructuur

De basisovereenkomst tussen ons en de huisarts ziet toe op het leveren van 24/7 zorg. Vrijwel alle huisartsen in Nederland hebben daartoe met de huisartsendienstenstructuur (HDS) in de regio een overeenkomst gesloten voor het leveren van ANW-zorg voor de bij de praktijk ingeschreven patiënten.

Spoedeisende huisartsenzorg in avond, nacht en weekend kopen we in representatie in bij huisartsenposten in onze kernregio's (regio Noord; provincie Groningen en kop van Drenthe, regio Oost; Achterhoek, Twente en de regio Midden; Centraal Gelderland, Gelderse Vallei en Rivierenland). Voor de HDS geldt dat we aansluiten bij de landelijke richtlijnen. Dit betekent dat we samen met de representerende zorgverzekeraars in deze regio's namens alle zorgverzekeraars afspraken maken. Jaarlijks worden er afspraken met de HDS gemaakt over de begroting en de nomenclatie.

# Inkoopproces

Vanaf 12 november 2024 maken wij op onze Zorgvinder bekend met welke zorgaanbieders we een overeenkomst hebben voor 2025. Deze Zorgvinder werken we regelmatig bij, zo weten onze klanten met welke zorgaanbieders we een overeenkomst hebben. Alle door Menzis gecontracteerde zorgaanbieders komen op de [Menzis Zorgvinder](#) te staan. Onze verzekerden gebruiken de Zorgvinder om gecontracteerde zorgaanbieders te vinden die bij hen in de buurt beschikbaar zijn. Indien u de overeenkomst uiterlijk 1 november 2024 accepteert dan kunnen we tijdig op onze Zorgvinder vermelden dat we een overeenkomst voor 2025 met uw praktijk hebben afgesloten. In uitzonderlijke gevallen kan de planning nog wijzigen. We informeren u hierover op dezelfde manier als over dit zorginkoopbeleid.

## Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe huisartsenpraktijken in onze kernregio's, die voldoen aan de inkoopvoorwaarden, kunnen gedurende het hele jaar 2025 bij ons een verzoek voor een overeenkomst huisartsenzorg indienen.

Nieuwe regionale huisartsenorganisaties kunnen contact opnemen met de regiomanager van de betreffende Menzis-regio. Voor een eerste contact kunt u gebruikmaken van het [online contactformulier](#).

## Planning van de zorginkoop

Op 12 november 2024 moet bekend zijn welke zorgaanbieders wij voor 2025 hebben gecontracteerd. Dit om verzekerden voldoende tijd te geven een keuze te maken voor een zorgverzekeraar. Deze datum is het uitgangspunt voor de planning in de voorbereiding van het maken van contractafspraken met zorgaanbieders voor 2025.

Huisartsenzorg; segment 1 en aanvullende modules segment 2 en 3

Datum	Wat	Wie	Middel
1 april 2024	Publicatie inkoopbeleid huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en HDS 2025	Menzis	Website <a href="#">Menzis</a>
Uiterlijk 1 september 2024	Publicatie bijlagen met specifieke inkoopvoorwaarden en tarieven huisartsenzorg	Menzis	Website <a href="#">Menzis</a>
2 september 2024	Verzending vragenlijst voor de overeenkomst huisartsenzorg	Menzis	VECOZO
Uiterlijk 1 oktober 2024	Vragenlijst gevuld en overeenkomst digitaal ondertekend.	Huisartsenpraktijken	VECOZO
12 november 2024	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	Menzis	<a href="#">Menzis Zorgvinder</a>

Multidisciplinaire zorg; aanvullende modules segment 2 en 3

Datum	Wat	Wie	Middel
1 april 2024	Publicatie inkoopbeleid huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en HDS 2025	Menzis	Website <a href="#">Menzis</a>
Juli 2024	Start contractgesprek	Menzis en RHO	Inkoopgesprek
Uiterlijk 1 september 2024	Publicatie bijlagen met specifieke inkoopvoorwaarden en tarieven huisartsenzorg	Menzis	Website <a href="#">Menzis</a>
Oktober 2024	Bereiken overeenstemming afspraken	Menzis en RHO	VECOZO
1 november 2024	Overeenkomst digitaal ondertekend.	RHO	VECOZO
12 november 2024	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	Menzis	<a href="#">Menzis Zorgvinder</a>

Huisartsendienstenstructuren

Datum	Wat	Wie	Middel
1 april 2024	Publicatie inkoopbeleid huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en HDS 2025	Menzis	Website <a href="#">Menzis</a>
Juni 2024	Opsturen en bespreken verantwoording en jaarrekening 2023	HDS	E-mail / inkoopgesprek
Juni 2024	Indienen verantwoordingsformulier 2023 bij NZa	Menzis	E-mail
Oktober 2024	Opsturen en bespreken begroting 2023	Menzis en HDS	Inkoopgesprekken
Oktober 2024	Indienen tariefaanvraag bij NZa	Menzis en HDS	VECOZO

## Procedure aanvullende zorginkoop

We verwachten gedurende de looptijd van het zorginkoopbeleid geen aanvullende zorginkoop te hoeven doen. Als dit onverwacht toch nodig blijkt te zijn, communiceren we op dezelfde manier als dit zorginkoopbeleid. Wij zullen dan ook aangeven welke termijnen gelden, hoe u verzoeken voor aanvullende afspraken kunt indienen en welke minimumeisen van toepassing zijn.

## Naleving en controle

Indien er sprake is van wijziging van wet- en regelgeving of er onverhoopt informatie ontbreekt of onjuist is, behouden we ons het recht voor om tussentijds het zorginkoopbeleid en de zorginkoopprocedure te wijzigen. Wijzigingen in het inkoopbeleid publiceren we via een nieuwsbericht op onze website en nemen we op in het inkoopbeleid.

Onze afdeling Zorgcontrole, Analyse & Fraudebeheersing is verantwoordelijk voor de uitvoering van formele en materiële controles, die zowel voor de basisverzekering, de aanvullende verzekering als ook voor de Wet langdurige zorg worden uitgevoerd. In samenwerking met de afdelingen van zorginkoop voert de afdeling Zorgcontrole, Analyse & Fraudebeheersing een risicoanalyse uit, waarbij we - mede op basis van 'impact' en 'controleerbaarheid' - tot een prioriteitsstelling voor controle komen. Dit vertalen we naar een concreet controleplan.

De afdeling Zorgcontrole, Analyse & Fraudebeheersing volgt in de uitvoering van de controles de gedragslijn, die hiervoor in de betreffende landelijke gedragscode is afgesproken en in een ZN-protocol (Protocol materiële controle, die hoort bij Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars) is vastgelegd.

We controleren of u voldoet aan de inkoopvoorwaarden en gaan uit van de integriteit van zorgaanbieders. We kunnen in dat kader bewijsstukken bij u opvragen. Als we de benodigde informatie uit openbare bronnen kunnen verkrijgen, doen we dat. We maken onder andere gebruik van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ).

## Bereikbaarheid

Heeft u vragen over het zorginkoopbeleid, de overeenkomsten of het zorginkoopproces? Dan kunt u vaak het antwoord op onze [website](#) vinden. Kunt u het antwoord niet vinden? Stel dan uw vraag via [het contactformulier](#). Regionale Huisartsenorganisaties kunnen contact opnemen met de voor hen bekende regiomanager.

## Inspraak verzekerden

In samenwerking met onze Ledenraad hebben we het Inspraakreglement Verzekerden opgesteld. Hierin is vastgelegd hoe, over welke onderwerpen en via welke kanalen onze verzekerden inspraak hebben. Conform de Wet verzekerdeninvloed zorgverzekeringswet. Zo bespreken we met onze Ledenraad relevante thema's rond ons zorginkoopbeleid. Voor het zorginkoopbeleid 2025 hebben we het gehad over de herijkte zorginkoopstrategie, het versterken van de eerstelijns en gegevensuitwisseling in de zorg. U kunt het uitgebreide verslag hiervan vinden op onze [website](#).

## Coöperatie Menzis

Coöperatie Menzis U.A. bestaat uit de zorgverzekeraars Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Anderzorg N.V. en ziektekostenverzekeraar Menzis N.V. Door dit zorginkoopbeleid voldoen de genoemde zorgverzekeraars aan Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw van de NZa.



# Bijlagen 1, 2 en 3

# Bijlage 1. Minimumeisen (kwaliteit) basishuisartsenzorg

Om in aanmerking te komen voor een overeenkomst basishuisartsenzorg gelden onderstaande minimumeisen. U voldoet aan deze (kwaliteits)eisen op het moment van het indienen van de vragenlijst én gedurende de duur van de overeenkomst, tenzij anders aangegeven. Menzis controleert steekproefsgewijs of aan de minimumeisen is voldaan.

- Bij de zorgaanbieder is werkzaam een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van erkende huisartsen van de KNMG;
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland (niet ouder dan 1 januari 2025);
- De zorgaanbieder heeft zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) gemeld en heeft -indien de Wtza dat vereist- een vergunning voor het verlenen van de zorg en voldoet aantoonbaar aan de vereisten van de Wtza;
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg 7 x 24-uur;
- De zorgaanbieder heeft het recht met andere zorgaanbieders een schriftelijke regeling te treffen voor de avond-, nacht-, en weekenduren (ANW-uren). De zorgaanbieder verstrekt een kopie van deze schriftelijke regeling indien daar aanleiding toe bestaat desgevraagd aan Menzis;
- De zorgaanbieder verleent de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte die voor de patiënt goed bereikbaar en toegankelijk is;
- De zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep;
- De zorgaanbieder beschikt over een klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen;
- De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen;
- De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van het bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2025 afgesloten;
- De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa;
- De zorgaanbieder, zijn UBO en pseudo-UBO komen niet voor op enige nationale of internationale sanctielijst, waaronder in ieder geval de Nederlandse sanctielijst en de door de Europese Unie en de Verenigde Naties gehanteerde sanctielijsten worden begrepen;
- De (pseudo)UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd;
- Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies;
- De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, diens werkzaamheden zijn niet gestaakt, jegens hem geldt geen surseance van betaling of een (faillissements)-akkoord. De zorgaanbieder verkeert niet in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;
- De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering niet meege werkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
- De zorgaanbieder heeft niet blijk gegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar waardoor dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties.



## Bijlage 2. Minimumeisen multidisciplinaire zorg

Om in aanmerking te komen voor een overeenkomst ketenzorg, organisatie en infrastructuur, en/of zorgvernieuwingsprojecten gelden onderstaande minimumeisen. Menzis toetst deze minimumeisen bij de aanvraag van de overeenkomst.

- De zorgaanbieder is een samenwerkingsverband met een rechtspersoonlijkheid, waarbinnen verschillende disciplines lokaal en/of regionaal structureel met elkaar samenwerken. Deze samenwerking bestaat in ieder geval uit samenwerking tussen een zorgaanbieder die huisartsenzorg verleent of kan verlenen met één of meer zorgaanbieders die andere zorg verlenen;
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland (niet ouder dan 1 januari 2025);
- De zorgaanbieder heeft mandaat van de aangesloten zorgverleners bij de betreffende zorgprogramma's en/of zorgvernieuwingsprojecten, waarover met Menzis contractuele afspraken zijn gemaakt;
- De zorgaanbieder heeft zich indien daartoe verplicht op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders gemeld en heeft -indien de Wtza dat vereist- een vergunning voor het verlenen van de zorg en voldoet aantoonbaar aan de vereisten van de Wtza;
- De zorgaanbieder handelt in de geest van de vigerende Governancecode Zorg. Principe 1 en 2 van de Governancecode Zorg zijn rechtstreeks van toepassing;
- Kleine organisaties kunnen volstaan met toepassing van principe 1 en, voor zover relevant, principe 2 alsmede de waarborgen en randvoorwaarden voor goede zorg van de overige principes van deze code conform pagina 24 van de code;
- De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen;
- De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van het bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2025 afgesloten;
- De zorgaanbieder, zijn UBO en pseudo-UBO komen niet voor op enige nationale of internationale sanctielijst, waaronder in ieder geval de Nederlandse sanctielijst en de door de Europese Unie en de Verenigde Naties gehanteerde sanctielijsten worden begrepen;
- De (pseudo)UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd;
- Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies;
- De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, diens werkzaamheden zijn niet gestaakt, jegens hem geldt geen surseance van betaling of een (faillissements)-akkoord. De zorgaanbieder verkeert niet in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;
- De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering niet meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
- De zorgaanbieder heeft niet blij gegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar waardoor dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties.

## Bijlage 3. Minimumeisen huisartsendienstenstructuren (HDS)

Om in aanmerking te komen voor een overeenkomst huisartsdienstenstructuur gelden onderstaande minimumeisen. Menzis toetst deze minimumeisen bij de aanvraag van de overeenkomst.

- De zorgaanbieder verleent de spoedeisende ANW-huisartsenzorg zoals een huisartsdienstenstructuur die pleegt te bieden aan verzekerden;
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland (niet ouder dan 1 januari 2025);
- De zorgaanbieder is jegens de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het organiseren, beschikbaar stellen en leveren van spoedeisende ANW-huisartsenzorg voor en aan verzekerden die zijn ingeschreven bij de beroepsbeoefenaren die aangesloten zijn bij de zorgaanbieder, alsmede voor en aan NONI's en passanten vallend onder de Zorgverzekeringswet;
- De zorgaanbieder heeft zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders gemeld en heeft -indien de Wtza dat vereist- eenvergunning voor het verlenen van de zorg en voldoet aantoonbaar aan de vereisten van de Wtza;
- De zorgaanbieder handelt in de geest van de vigerende Governancecode Zorg. Principe 1 en 2 van de Governancecode Zorg zijn rechtstreeks van toepassing;
- Kleine organisaties kunnen volstaan met toepassing van principe 1 en, voor zover relevant, principe 2 alsmede de waarborgen en randvoorwaarden voor goede zorg van de overige principes van deze code conform pagina 23 van de code;
- De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen;
- De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van het bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2025 afgesloten;
- De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa;
- De zorgaanbieder, zijn UBO en pseudo-UBO komen niet voor op enige nationale of internationale sanctielijst, waaronder in ieder geval de Nederlandse sanctielijst en de door de Europese Unie en de Verenigde Naties gehanteerde sanctielijsten worden begrepen;
- De (pseudo)UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd;
- Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies;
- De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, diens werkzaamheden zijn niet gestaakt, jegens hem geldt geen surseance van betaling of een (faillissements)-akkoord. De zorgaanbieder verkeert niet in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;
- De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering niet meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
- De zorgaanbieder heeft niet blijkt gegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar waardoor dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties.