



Zorginkoopbeleid 2025

Kortdurende zorg: Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

Transformeren naar duurzaam
toegankelijke en betaalbare zorg.

Inhoud

Voorwoord	3
Wijzigingen in 2025	4
Wat willen we bereiken?	5
Samenwerking	5
Proactieve zorgplanning	6
Digitalisering en gegevensuitwisseling	6
Duurzaamheid	6
Transformatiemiddelen	7
Zorgcoördinatie	8
Wat koopt Menzis in?	9
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)	9
Eerstelijnsverblijf (ELV)	11
Regionale Coördinatiefunctie Verblijf	12
Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)	12
Bij wie koopt Menzis in?	13
Inkoopeisen	13
Budget- en tariefafspraken	13
Inkoopproces	13
Planning van de zorginkoop	14
Bereikbaarheid	17
Inspraak verzekerden	17
Coöperatie Menzis	17
Bijlage 1. Minimumeisen	19
Bijlage 2. Uitvoeringseisen	22

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 dichtbij de patiënt en in de thuissituatie plaatsvindt. 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 CO₂-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 in 2025

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

Onderwerp	Wijziging	Meer info
Samenwerking	We verwachten van aanbieders dat zij zich inzetten voor de regionaal gemaakte plannen.	Zie pagina 5
GZSP-machtiging	De machtigingsvereiste voor meer dan 100 dagdelen voor de prestatie A1004 verdwijnt. Voor de prestatie A1005 komt er een machtigingsvereiste bij zorg geleverd langer dan 12 maanden.	Zie pagina 9
GZSP Huntington	Zorgaanbieders dienen aangesloten te zijn bij het Huntington Kennis Netwerk Nederland.	Zie pagina 10
Regionale coördinatiefunctie	Bereikbaarheid van 08.00 tot 23.00 uur	Zie website ZN

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 cliënt zo veel mogelijk (weer) zelfstandig te laten functioneren. Dat gebeurt thuis, ondersteund met hulpmiddelen en technologieën. De principes van Positieve Gezondheid zijn daarbij het uitgangspunt met de nadruk op wat iemand nog wél kan. Zorg en ondersteuning kunnen, 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. Vanuit Coöperatie Menzis zetten we ons daarom de komende jaren in om, samen met onze zorgaanbieders in de regio, te werken aan 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 inzet van kortdurende zorg kan in de zorgketen bijdragen aan de volgende onderdelen:

- Preventie: Inzetten van de passendste zorg om een crisis te voorkomen en om een acute gebeurtenis, zoals de inzet van GZSP of ELV, voor te bereiden;
- Acute gebeurtenis: Als iemand tijdelijk niet thuis kan verblijven, nog niet naar huis kan na ziekenhuisopname of moet revalideren;
- Herstel- of nazorgfase: Als ondersteuning in de thuissituatie nodig is.

Om toegankelijk van zorg te kunnen waarborgen, ligt de focus op het geven van het best passend antwoord op een hulpvraag (voorkomen van zorg, ondersteuning in het sociaal domein, passende eerstelijnszorg) en op de inzet van Proactieve Zorgplanning (PZP). Niet alleen door substitutie van zorg, maar ook door niet-medische noodzakelijke zorg over te dragen aan het sociaal domein en cliënten tijdig door te verwijzen naar de Wlz als zij aan de toegangs-criteria voldoen.

Samenwerking

Randvoorwaardelijk voor het best passende antwoord op een hulpvraag is de samenwerking tussen kortdurende zorg, huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal domein en andere eerstelijnsprofessionals. Afspraken over hoe deze

samenwerking eruitziet, worden regionaal gemaakt in de regio- en ROAZ-beelden en plannen. De basis voor passende zorg ligt in het zo goed mogelijk organiseren van zorg, thuis waar het kan, rondom kwetsbare ouderen. We zien de toegevoegde waarde van de zorg vanuit de GZSP, ELV en GRZ in de zorgketen bij langer thuis wonen. Vanuit Coöperatie Menzis vinden we het van belang dat zorgprofessionals (huisarts en/of wijkverpleging) tijdig de kennis en expertise van de Specialist Ouderengeneeskunde kunnen inroepen in de thuissituatie, zodat er passende zorg geboden kan worden. Kortdurende zorg is altijd onderdeel van een keten van ondersteuning en zorg aan cliënten.

Voor goede coördinatie in de (acute) zorgketen is het van belang dat u aangesloten bent bij de regionaal gemaakte afspraken, inclusief de regionale afspraken rondom ELV-coördinatie. Daarnaast verwachten we dat u samenwerkt met Wlz-aanbieders en afspraken maakt over de doorstroom, zodat de keten waar nodig soepel doorlopen kan worden. Voor de gehele keten geldt het stepped care principe, waarbij de zorgvraag leidend is.

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 is de ambitie uitgesproken dat cliënten en hun naasten samen met professionals beslissen over de juiste zorg en ondersteuning én vooruitdenken. Proactieve zorgplanning, krijgt een steeds belangrijkere plek binnen het medisch en verpleegkundig domein.

Tijdig nadenken over (haalbare) doelen voor ondersteuning en zorg en de inzet hiervan kan op de lange termijn bijdragen aan het langer zelfstandig functioneren van patiënten, en de inzet van zorg verminderen. Ook na een acute gebeurtenis, wanneer verblijf noodzakelijk is, is het bespreken van het behandelplan, en proactief kijken naar de effecten daarvan op de zelfredzaamheid, belangrijk. Gedurende het herstel of revalidatieproces wordt het gesprek gevoerd door zorgprofessional en patiënt over wat nodig is om zo zelfredzaam mogelijk weer naar huis te kunnen. Op het moment dat dat niet haalbaar is, en de patiënt intensieve zorg nodig heeft, dient u als zorgaanbieder tijdig het gesprek aan te gaan over de passende vervolgplek.

We verwachten voor alle zorgsoorten binnen de kortdurende zorg dat proactieve zorgplanning standaard onderdeel uitmaakt van het behandelplan en dat deze op het moment van overdracht beschikbaar is voor alle zorgprofessionals. Om dit te kunnen organiseren, dient u ketenafspraken te maken met betrokken zorgprofessionals, waaronder in ieder geval de huisarts, thuiszorgorganisatie en het sociale domein. We verwachten dat deze afspraken in een convenant beschreven zijn, waarin ook weergegeven wordt op welke wijze informatie over wijzigingen in de PZP met de betrokken zorgprofessionals gedeeld wordt.

Digitalisering en gegevensuitwisseling

Zorgverzekeraars hebben uniforme ambities geformuleerd voor 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 op zn.nl. 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.

Duurzaamheid

Menzis en de andere zorgverzekeraars vinden het van groot belang om met de zorginkoop een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap (Zvw- en Wlz-breed). Daarom hebben zorgverzekeraars een

gezamenlijk inkoopbeleid ten aanzien van de verduurzaming van de zorg opgesteld op basis van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0)¹.

Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD)

Een nieuwe ontwikkeling is de Europese CSRD, die bedrijven en organisaties verplicht te rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Dit geldt niet alleen voor de impact van de eigen bedrijfsvoering, maar voor de impact in de gehele keten van leveranciers en afnemers van de rapporterende organisatie. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 2026) over het verzekeringsjaar 2025 te rapporteren conform de CSRD-vereisten. Dit betekent dat wij mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van onze leveranciers en zorgaanbieders nodig hebben. We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die wij van hen nodig hebben in het kader van de CSRD-wetgeving. De zorgverzekeraars stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ 3.0 partners, af.

We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt, maar hoe dit er voor 2025 precies uit gaat zien, is op dit moment nog niet bekend. Zodra hierover meer duidelijk is, zult u door ons worden geïnformeerd. We spannen ons in om hierover zo snel mogelijk, bij voorkeur voor 30 juni 2024, duidelijkheid te kunnen bieden.

Zorginkoopbeleid 2025

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 GDDZ 3.0;
- 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 uw organisatie;
- conform GDDZ 3.0 (art. 4.2.e.) een mobiliteitsplan heeft opgesteld gericht op het terugdringen van de CO₂-emissie van vervoersbewegingen van medewerkers. Dit geldt alleen voor zorgaanbieders met meer dan 100 fte².

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.

Meer informatie en de benodigde documenten kunt u vinden op onze website: [Transformatieplannen](#).

¹ [Green Deal Samen werken aan duurzame zorg \(Green Deal 3.0\)](#)

² [RVO inzake rapportage werkgebonden personenmobiliteit](#); [MPZ inzake wetgeving werkgebonden personenmobiliteit](#)

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 en indien nodig publiceren we aanvullend beleid. De regionale coördinatiefuncties hebben veel raakvlakken met zorgcoördinatie en overlappen deels de organisatie ervan. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders met deze functie goed afstemmen met de regionale zorgcoördinatievoorziening. In de toekomst willen we kijken hoe de regionale coördinatiefuncties en zorgcoördinatievoorzieningen op elkaar kunnen aansluiten en met elkaar kunnen integreren.

Wat koopt Menzis in?

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen is een verzameling van zorgvormen. Het omvat generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, die thuis wonen en zorg ontvangen voor complexe problematiek in de eerste lijn volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het doel is om kwetsbare patiënten diverse vormen van zorg aan te bieden gericht op herstel of behoud van functies of - indien dit niet mogelijk is - het vertragen van achteruitgang. De inzet van een prestatie vanuit deze zorgaanspraak draagt bij aan het verantwoord zelfstandig thuis blijven wonen van patiënten.

Aanvullend op de inhoud van de meest actuele beleidsregel Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen hebben brancheorganisaties en ZN een aantal richtlijnen opgesteld waaraan de zorg voor patiënten in een groep moet voldoen, zie '[Uitgangspunten GZSP zorg in een groep](#).' Daarnaast zijn betreft de individuele prestaties '[Uitgangspunten individuele prestaties GZSP](#)' opgesteld. Aanvullend op deze uitgangspunten hebben we vanuit Menzis een aantal eisen.

Individuele zorg vanuit de GZSP

Ouderen

Om de zorg rondom de cliënt goed te kunnen organiseren, is het belangrijk dat de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) samenwerkt met huisartsen en andere professionals. Daarom hebben we vanuit Menzis als uitvoeringseis dat er sprake is van een samenwerkingsverband in de eerste lijn tussen huisartsen, thuiszorgorganisaties en het sociale domein.

Om de organisatie van het samenwerkingsverband in de regio te waarborgen, vinden wij het noodzakelijk dat de zorgaanbieder een SO met de opleiding kaderarts ouderengeneeskunde in de eerste lijn in dienst heeft. Om de kwaliteit te waarborgen, dient de SO, die nog geen kaderarts is, zich bij aanvang van het contract ingeschreven te hebben voor een opleiding tot kaderarts.

De samenhang tussen de zorg thuis en mogelijke vervolgzorg in een instelling waar ELV/GRZ/GZSP geboden kan worden, is van belang. Daarom verwachten we van de SO dat deze werkzaam is bij een instelling die ELV, GRZ en/of Wlz zorg biedt. Dit draagt bij aan de samenwerking en afstemming.

Het onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg maakt ook onderdeel uit van de zorgverlening van de SO in de eerste lijn. Indien er na het geriatrisch assessment door de SO een ELV- of GRZ-opname volgt, bij dezelfde zorgaanbieder, is het geriatrisch assessment onderdeel van de intake en mag de prestatie GA niet gedeclareerd worden.

Verstandelijke problematiek

Bij cliënten met verstandelijke problematiek in de thuissituatie kan de arts verstandelijk gehandicapten van meerwaarde zijn om samen met betrokken zorgprofessionals te kijken naar de optimale inzet van zorg in de thuissituatie. We vinden het dan ook van belang dat er tijdig inzicht is in de complexe zorgvraag van de cliënten u vanuit de PZP-gedachte een passende oplossing zoekt.

Voor het leveren van GZSP-zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking dienen er minimaal samenwerkingsafspraken gemaakt te worden tussen de zorginstelling voor verstandelijk gehandicapten, huisarts, AVG-arts en het gemeentelijk domein.

Zorg in een groep

Kwetsbare patiënten en patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. Zorg in een groep voor complexe doelgroepen is verdeeld over verschillende domeinen en verschillende aanspraken. Cliënten die zorg in een groep nodig hebben, kunnen deze zorg alleen vanuit de Zvw ontvangen als ze voldoen aan de voorwaarden voor GZSP, die beschreven zijn in de Nza-beleidsregels en de [Uitgangspunten GZSP in een groep](#). Het is belangrijk dat u concrete doelen heeft vastgesteld in het individuele behandelplan en dat er tijdig evaluatie plaatsvindt. Hierbij heeft u de verantwoordelijkheid om samen met andere betrokken partijen de passende zorg uit het juiste domein voor de cliënt te organiseren.

Afgelopen jaren hebben wij vanuit Menzis gezien dat kwetsbare ouderen steeds langer deelnemen aan de behandeling in een groep. Hoewel wij per 2025 het machtigingsvereiste loslaten voor de zorg aan kwetsbare ouderen blijft het belangrijk om scherp te houden of de cliënt nog voldoet aan de GZSP-criteria of dat een ander domein aan de orde is.

Het blijvend toetsen aan de GZSP-criteria geldt ook voor (langdurige) trajecten binnen de GZSP zorg in een groep bij patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. Hierbij is het van belang om scherp te houden of de behandeling bijdraagt aan het leren omgaan met de beperkingen van de cliënt en er passende zorg geboden wordt. Om een beter beeld te krijgen van deze groep stellen we in 2025 een machtigingsvereiste in: Indien u reeds trajecten langer dan 12 maanden levert aan deze groep vraagt u in het eerste kwartaal van 2025 een machtiging aan. Indien de periode van 12 maanden gedurende 2025 behaald wordt, dient u voor het einde van deze periode een machtiging aan te vragen voor uw cliënt.

Huntington en SGLVG (sterk gedragsgestoord licht-verstandelijk gehandicapt)

De GZSP kent specifieke prestaties voor patiënten met de ziekte van Huntington en voor patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte-verstandelijke beperking (SGLVG). Voor patiënten met de ziekte van Huntington is er een specifiek behandelprogramma met bijbehorende prestatie ontwikkeld. Zorg in een groep van patiënten met de ziekte van Huntington wordt geleverd door een multidisciplinair team, waarbij deskundigheid op het gebied van Huntington noodzakelijk is. Wij verwachten van zorgaanbieders die deze zorg leveren dat zij aangesloten zijn bij het Huntington Kennis Netwerk Nederland.

Patiënten met sterk gestoord gedrag en een licht-verstandelijke beperking (SGLVG) kunnen tevens specifieke behandeling vanuit de GZSP ontvangen. Voorwaarde is dat de gedragsproblematiek in samenhang met de verstandelijke beperking en de psychiatrische stoornis(sen) zijn ontstaan. Zorg voor patiënten die vallen binnen de doelgroep SGLVG is gericht op het vergroten van competenties, het steunsysteem en het professionele netwerk betreft het leren omgaan met beperkingen in het verstandelijk en adaptief functioneren. Van zorgaanbieders die SGLVG-behandeling aanbieden, verwachten wij dat ze aangesloten zijn bij het kennisnetwerk Expertisecentrum De Borg.

Zorgverlening aan patiënten met de ziekte van Huntington en patiënten die vallen binnen de doelgroep SGLVG vraagt om specifieke kennis en expertise. Daarnaast betreft het in beide gevallen relatief kleine populaties. Voor deze specifieke populaties kopen we de zorg daarom alleen in bij zorgaanbieders, die daarvoor een uniek en specifiek zorgaanbod beschikbaar hebben. De aanvullende voorwaarde is dat deze zorgaanbieders dit specifiek vermelden op hun website. Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst GZSP 2025 inclusief een addendum Huntington of SGLVG kunnen dit aangeven tijdens de inschrijving.

Individuele behandeling naast GZSP

Individuele paramedische zorg met een aanspraak vanuit de Zvw valt onder de reguliere beleidsregel paramedische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daardoor is de individuele paramedische zorg geen onderdeel van het zorginkoopbeleid GZSP 2025 en de overeenkomst GZSP 2025.

Wilt u een overeenkomst voor het leveren van individuele paramedische zorg? Kijk dan naar [ons inkoopbeleid paramedische zorg](#). Komt u niet in aanmerking voor een overeenkomst individuele paramedische zorg? Dan dient u een samenwerkingsverband aan te gaan met een zorgaanbieder die daarvoor wel in aanmerking komt of reeds gecontracteerd is voor het verlenen van individuele paramedische zorg. Dit ter borging van kwalitatief hoogstaande individuele paramedische zorg en levering vanuit de juiste expertise.

Indien er individuele behandeling naast de zorg in een groep aangeboden wordt, moet dit met een ander doel zijn. U dient in het behandelplan expliciet te benoemen dat de individuele therapieën niet gerelateerd zijn aan de reden waarom de verzekerde zorg in een groep ontvangt.

Eerstelijnsverblijf (ELV)

Het eerstelijnsverblijf is een plek waar kwetsbare patiënten kortdurend kunnen verblijven. ELV zorg is van toepassing indien er sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg, zoals huisartsen plegen te bieden, en gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Hierbij is de verwachting dat de patiënt weer terug naar huis kan na de tijdelijke opname. Huisartsen kunnen met behulp van het Afwijgingsinstrument ELV - LHV bepalen of er een tijdelijke opname ELV van toepassing is. De coördinatiefunctie in de regio kan hierbij ondersteunen op het moment dat er twijfel ontstaat over de best passende plek. Tijdens het verblijf wordt de zelfredzaamheid van de patiënt vergroot om de terugkeer naar huis te bevorderen. Wanneer er een blijvende zorgbehoefte is, zal beoordeeld worden of de zorg thuis verantwoord geboden kan worden met behulp van mantelzorg, wijkverpleging en/of Wmo-voorzieningen óf dat de patiënt doorverwezen wordt naar de Wlz als aan de toegangscriteria wordt voldaan.

Ontwikkelingen bekostiging ELV

De afgelopen jaren zijn er meerdere experimenten afgesproken binnen het ELV voor specifieke doelgroepen. Vanaf 2025 vervalt de prestatie resultaatbeloning en zorgvernieuwing in de regelgeving ELV, waardoor deze experimenten niet verlengd kunnen worden. Dit maakt dat er gekeken moet worden naar een andere structurele financieringsvorm voor de experimenten die we vanaf 2025 onder voorwaarden in willen blijven kopen.

Uit de experimenten is gebleken dat voor patiënten met Korsakov en cliëntgroepen met een specifieke zorgvraag voor gesloten herstel structureel meer kosten nodig zijn dan vanuit het reguliere ELV tarief bekostigd kan worden. De zorg voor patiënten met Korsakov en opnames binnen gesloten herstel is een kleine doelgroep. Het gaat om zorg waar specifieke expertise nodig is, en die regionaal aangewezen is om de vindbaarheid voor zorg en behandeling voor verwijzers zo goed mogelijk te organiseren.

De NZa omschrijft deze zorg functioneel, waardoor het niet mogelijk is om kwaliteitsvoorwaarden aan de omschrijving toe te voegen. Zorgverzekeraars vinden het vanuit kwaliteit en doelmatigheid van belang om deze zorg in te kopen bij een select aantal aanbieders die de juiste expertise kunnen waarborgen. Zorgverzekeraars hebben hiervoor uniforme aanvullende voorwaarden beschreven, de inkoopvoorwaarden vindt u in de bijlage (minimumeisen). De toelichting en begeleidende tekst vindt u op de [ZN website](#)

Daarnaast willen zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden binnen het ELV max-max tarief hanteren voor opname in de ANW uren.

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg kan beginnen wanneer een patiënt met de behandelend arts besproken heeft dat eventuele behandeling niet meer gericht is op genezing. Indien nodig wordt wijkverpleging ingezet, in nauwe samenwerking met de behandelaar. In de laatste fase, waarin intensieve zorg noodzakelijk kan zijn, spreken we van palliatieve terminale

zorg. Indien de zorg niet thuis geleverd kan worden, is er opname mogelijk in een eerstelijnsverblijfvoorziening. Bij een ELV palliatieve indicatie is er sprake van zorg, waarbij de levensverwachting van de patiënt volgens de behandelend arts drie maanden of korter zal zijn. Hierdoor zal de zorg op de ELV kortdurend en intensief zijn. Op het moment dat u deze specialistische vorm van zorg biedt, vinden wij het van belang dat u de specialistische deskundigheid heeft om zorg te bieden aan deze groep. Van alle betrokken zorgverleners verwachten wij dat zij werken volgens het kwaliteitskader Palliatieve Zorg.

De verpleging en verzorging die binnen een hospice wordt verleend, wordt op verschillende wijzen gefinancierd. Uitgangspunt is dat, waar dat kan, zorg gefinancierd wordt vanuit het ELV.

Regionale Coördinatiefunctie Verblijf

De samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen en de verschillende vormen van vervolgzorg zijn essentieel in de zorgketen. Dit bevordert de plaatsing van patiënten met een (sub) acute zorgvraag en zorgt ervoor dat zij passende zorg krijgen. Het is daarom van belang dat zorgaanbieders - die GZSP, ELV en/of GRZ zorg leveren - aangesloten zijn bij de coördinatiefunctie in de regio (RFC) en hier hun capaciteit inzichtelijk maken. De RFC ondersteunt het triageproces, zodat de in-, door- en uitstroom van eerstelijnszorg verbetert. Daarmee heeft de RCF een belangrijke rol in de spoedige doorplaatsing van patiënten naar de juiste zorg. Gezien alle ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie hebben zorgverzekeraars gezamenlijk beleid opgesteld om in te spelen op de actuele ontwikkelingen. Dit beleid vindt u op de [ZN website](#).

Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)

De aanspraak GRZ betreft de integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, zoals specialisten ouderengeneeskunde (SO) die bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. GRZ is tijdelijk en revalidatiegericht op herstel. De zorg is gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de patiënt dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. De huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde kan de patiënt verwijzen naar de GRZ. Het geriatrisch assessment is leidend voor de uiteindelijke indicatie GRZ (of andere vervolgzorg). Wij vinden het belangrijk dat de patiënt direct start met het trainen in dit behandelklimaat. Ook als hij niet of beperkt belastbaar kan revalideren, valt de zorg onder de DBC. Wij vinden de inzet van ELV vóór en ná afloop van een GRZ-traject, bij dezelfde zorgvraag, dan geen passende oplossing. Deze mag u dan ook niet in rekening brengen. Op het moment dat de patiënt uitbehandeld is voor de revalidatie zal hij ontslagen worden. Door proactief de zorgplanning vorm te geven, zal dit al tijdig bekend moeten zijn en is er geen overbruggingszorg - zoals ELV - noodzakelijk.

Om de deskundigheid van deze specialistische zorg te waarborgen, dient u een SO in dienst te hebben, die de kaderopleiding geriatrische revalidatiezorg heeft voltooid of in opleiding is.

Ambulante GRZ

We zien diverse pilots ontstaan over de ambulantisering van de GRZ. Hierbij is het belangrijk dat het multidisciplinaire karakter van de zorg en doelmatige inzet van personeel gezien de arbeidsmarktproblematiek gewaarborgd blijft.

Ontwikkelingen GRZ

Samen met VWS en veldpartijen worden nieuwe voorwaarden in de wet- en regelgeving uitgewerkt om als verzekerde in aanmerking te komen voor GRZ of ZZP9bVV. Ook wordt er gekeken naar aanwijzing in de aanspraak om GRZ zonder voorafgaande intramurale revalidatie mogelijk te maken. Bij wijzigingen in wet- en regelgeving publiceren we zo nodig aanvullend beleid.

Bij wie koopt Menzis in?

Inkoopeisen

Voor alle zorgaanbieders (bestaande en nieuwe), die gecontracteerd willen worden in 2025, gelden dezelfde minimumeisen. Daarnaast gelden voor een aantal (deel)zorgsoorten specifieke minimumeisen. De algemene uitvoeringseisen gelden voor alle zorgaanbieders. Voor een aantal (deel)zorgsoorten gelden daarnaast specifieke uitvoeringseisen. In bijlage 1 en bijlage 2 hebben we de criteria vermeld. Bij elke categorie voorwaarden hebben we vermeld per wanneer u hieraan moet voldoen. Niet (tijdig) voldoen aan de minimumeisen en uitvoeringseisen betekent dat wij met u geen overeenkomst aangaan voor 2025.

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

Als er op het moment van inschrijving nog een schuld uitstaat bij Menzis Zorgverzekeraar N.V. en/of Anderzorg N.V., dan moet deze op het moment dat we de overeenkomst aangaan, zijn terugbetaald of verrekend. Zo niet, dan gaan we een overeenkomst onder voorwaarden aan met afspraken over de termijn van terugbetaling.

Budget- en tariefafspraken

Budgetplafond en tussentijdse aanpassing

Indien de prognose boven het gestelde budgetplafond uitkomt voor het lopende contractjaar meldt u zich met een aanvraag voor budgetophoging. Aanpassingen van het budgetplafond gedurende het jaar zijn alleen mogelijk onder strikte voorwaarden. Beoordeling van de aanvraag doen we op basis van de doelmatigheid in relatie met het zorgaanbod in de regio.

Benchmark

Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij doelmatig de zorg aan hun klanten bieden, met oog op de volledige keten van zorg van de verzekerde, zowel tijdens de opname als bij ontslag naar de thuissituatie of andere zorgvorm. Bij Menzis hebben we hiervoor een benchmark ontwikkeld, waarin we kijken naar de doelmatige inzet van zorg. Verdere toelichting over deze benchmark versturen we samen met de overeenkomst.

Inkoopproces

We maken onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Een bestaande zorgaanbieder is een zorgaanbieder die in 2024 een overeenkomst GZSP, ELV en/of GRZ met ons heeft en die in de loop van 2024 niet is beëindigd. Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders waarmee we in 2024 geen overeenkomst GZSP, ELV en/of GRZ hebben afgesloten.

Bestaande zorgaanbieders

Bestaande aanbieders krijgen van ons een uitnodiging om in te schrijven voor een overeenkomst GZSP, ELV en/of GRZ in 2025. Na ontvangst van de uitnodiging tot inschrijven, kunt u in VECOZO de vragenlijst doorlopen. Na bevestiging van de vragenlijst ontvangt u van ons een basisovereenkomst GZSP, ELV en/of GRZ. Mogelijk aangevraagde addenda beoordelen we apart. Voor een voorspoedige afhandeling van de contractering is het actueel houden van uw instellingsgegevens bij Vektis van groot belang, vooral het e-mailadres van de contactpersoon.

Het budget en de tarieven nemen we op in de Budgetbrief, die we meesturen met de overeenkomst. De overeenkomst wordt pas definitief als u ook de Budgetbrief ondertekent. Indien u de overeenkomst wel al ondertekend heeft, maar de Budgetbrief niet, dan is er dus geen overeenkomst voor 2025 tot stand gekomen. Ondertekening van de basisovereenkomst kan tot 1 november 2024. Tijdig ondertekenen van de contractstukken is van belang om op 12 november als gecontracteerde zorgaanbieder voor 2025 zichtbaar te zijn op onze [Zorgvinder](#).

Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich éénmaal per contractjaar inschrijven; voldoet de zorgaanbieder niet aan de voorwaarden voor een overeenkomst dan is inschrijven voor een volgend contractjaar de eerst mogelijke optie.

U moet zich uiterlijk 7 juni 2024 melden via het [contactformulier](#). Vermeld bij de aanmelding alvast de naam van uw instelling, uw AGB-code, naam van de tekenbevoegde of gemachtigde inclusief via het formulier geüpload bewijs van de machtiging, getekend door een tekenbevoegde bestuurder.

Na aanmelding ontvangt u uiterlijk 10 juni 2024 de vragenlijst via het Zorginkoopportaal, waarbij u de benodigde stukken ter beoordeling moet aanleveren. De inschrijving bestaat uit een gecombineerde vragenlijst waarmee u zowel voor Verpleging en Verzorging als voor Kortdurende Zorg kan inschrijven. De vragenlijst staat zes weken open. De inschrijving is pas definitief als deze volledig doorlopen en bevestigd is. Elke inschrijving beoordelen we op het voldoen aan de minimumeisen. Onvolledige inschrijvingen wijzen we af.

Wanneer we uw inschrijving positief hebben beoordeeld, ontvangt u van ons een basisovereenkomst en Budgetbrief GZSP, ELV en/of GRZ. Om op 12 november als gecontracteerde zorgaanbieder voor 2025 zichtbaar te zijn op onze [Zorgvinder](#), moet u de basisovereenkomst en Budgetbrief uiterlijk 1 november 2024 ondertekend retour gestuurd hebben. Overeenkomsten getekend na 1 november worden zo spoedig mogelijk daarna toegevoegd.

Contracteerproces via VECOZO

We maken voor het digitale contracteerproces van het Zorginkoopportaal van VECOZO. Dit portaal biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitgebreide digitale ondersteuning bij de totstandkoming van contractafspraken, vanaf de aanvraag voor een contract tot en met het digitaal ondertekenen. Actuele informatie over het gebruik van VECOZO leest u op [onze website](#). We behouden ons het recht voor om alle verstrekte informatie te verifiëren en om aanvullende informatie op te vragen.

Wijzigingen in situatie zorgaanbieder

U garandeert dat u bij contractering en gedurende de duur van de overeenkomst over de vereiste capaciteiten, vaardigheden en middelen beschikt om te kunnen voldoen aan alle voorwaarden en condities, zoals vastgesteld in dit zorginkoopbeleid en de bijlagen. Van elke substantiële wijziging in uw situatie (zowel in de periode vóór, gedurende en ná het sluiten van de overeenkomst), die van invloed is op de contractering, dient u ons onmiddellijk schriftelijk op de hoogte te stellen.

Planning van de zorginkoop

Vanaf 12 november 2024 maken wij op onze Zorgvinder bekend met welke zorgaanbieders we een contract hebben voor 2025. Deze Zorgvinders werken we regelmatig bij, zo weten onze klanten met welke zorgaanbieders we een overeenkomst hebben. Om onze klanten op tijd duidelijkheid te geven, willen we het contracteerproces uiterlijk op 1 november afronden. In uitzonderlijke gevallen kan de planning nog wijzigen. We informeren u hierover op dezelfde manier als over dit zorginkoopbeleid.

De planning van het zorginkoopproces 2025 ziet er als volgt uit:

Datum	Actie	Wie	Via
Uiterlijk 1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid 2025	Menzis	Website Menzis en nieuwsbrief per mail
Uiterlijk 7 juni 2024	Aanmelden nieuwe zorgaanbieders	Zorgaanbieder	contactformulier
10 juni 2024	Aanbieden vragenlijst Wijkverpleging en Kortdurende Zorg voor nieuwe zorgaanbieders	Menzis	VECOZO
15 juli 2024	Uiterste datum indiening vragenlijst nieuwe zorgaanbieders	Zorgaanbieder	VECOZO
Medio juli 2024	Eventueel publicatie aanvullingen zorginkoopbeleid 2025	Menzis	Website Menzis en nieuwsbrief per mail
19 augustus 2024	Aanbieden vragenlijst en (na indiening vragenlijst) overeenkomst aan bestaande zorgaanbieders en aanbidding overeenkomst nieuwe zorgaanbieders.	Menzis	VECOZO
Uiterlijk 1 november 2024	Overeenkomst ondertekend retour ontvangen door Menzis en vanaf 12 november op Zorgvinder getoond. Overeenkomsten getekend na 1 november worden zo spoedig mogelijk daarna toegevoegd.	Zorgaanbieder	VECOZO
Vanaf 12 november 2024	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	Menzis	Zorgvinder

Procedure aanvullende zorginkoop

Met aanvullende zorg inkopen bedoelen we het inkopen van extra zorg door het verhogen van het budget bij bestaande contractanten. Als we gedurende het jaar 2025 aanvullende zorginkoop overwegen dan is het beleid en de procedure als volgt:

Als de zorgaanbieder tijdens het contractjaar voorziet dat het budget onvoldoende is, kan hij bij ons een verzoek indienen voor aanvullend budget. Dit kan gebeuren zodra de aanbieder 70% van zijn budget heeft bereikt. Het aanvragen gaat via het aanvraagformulier budgettophoging op [onze website](#) voor de betreffende zorgsoort. Wij toetsen de aanvraag aan doelmatigheid, budgetruimte bij andere zorgaanbieders, etc. en informeren de zorgaanbieder uiterlijk binnen een maand over het besluit. Indien er extra tijd nodig is voor de beoordeling laten we dat u schriftelijk weten.

De verwachting is dat we gedurende de looptijd van het zorginkoopbeleid geen aanvullende zorginkoop hoeven te doen bij zorgaanbieders die nog geen overeenkomst met ons hebben gesloten. Als dit wel het geval blijkt te zijn, zullen we dit kenbaar maken op dezelfde wijze als ons zorginkoopbeleid. We zullen dan ook kenbaar maken welke termijnen van toepassing zijn, hoe u het verzoek tot aanvullende aanspraken kunt indienen en welke minimumeisen van toepassing zijn.

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](#). Door gebruik te maken van het contactformulier wordt uw vraag geregistreerd, en wordt er zorgvuldig op toegezien dat deze tijdig wordt beantwoord. Op deze manier voorkomen we dat uw vraag onnodig lang onbeantwoord blijft.

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 verzekereninvloed zorgverzekeringwet. 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 Zwv van de NZa.



Bijlage 1 & 2

Bijlage 1. Minimumeisen

Minimumeisen zijn eisen waaraan de zorgaanbieder op het moment van het indienen van de vragenlijst (tenzij anders aangegeven), moet voldoen én gedurende de duur van de overeenkomst aan moet (blijven) voldoen.

1. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland per uiterlijk 1 januari 2025.
2. De zorgaanbieder heeft zich 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.
3. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg.
4. 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.
5. De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa.
6. 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.
7. De (pseudo)UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd.
8. De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen.
9. 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.
10. 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.
11. 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;
12. De zorgaanbieder heeft niet blijkgegeven 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.
13. De zorgaanbieder heeft alle vorderingen die Menzis op hem heeft voldaan binnen de daarvoor gestelde betaaltermijnen.

Minimumeisen specifiek voor de GZSP

De zorgaanbieder conformeert zich aan de '[Uitgangspunten zorg in een groep](#)' en '[Uitgangspunten individuele prestaties](#)', zoals deze zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland, hierop aanvullend stellen bij de volgende eisen:

1. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar een vaste werkrelatie met een BIG-geregistreerde specialist ouderengeneeskunde en/of arts verstandelijk gehandicapten alsmede de gedragswetenschapper. Wanneer de zorgaanbieder een vaste werkrelatie met een BIG-geregistreerde specialist ouderengeneeskunde heeft, beschikt deze over een kaderarts opleiding is daartoe in opleiding of is uiterlijk 1 januari 2024 ingeschreven voor de opleiding tot kaderarts;
2. Zorgaanbieders die enkel zorg zoals gedragswetenschappers bieden en deze zorg leveren vanuit een programma met het keurmerk Hersenz of FACT LVB, dienen een vaste werkrelatie met een BIG-geregistreerde gedragswetenschapper te hebben. Wanneer zij geen zorg, zoals specialist ouderengeneeskunde en/of arts verstandelijk gehandicapten bieden, is minimumeis 1 niet op hen niet van toepassing.

Minimumeisen specifiek voor de GZSP ten aanzien van ouderenzorg

1. Om de kwaliteit te waarborgen, dient de specialist ouderengeneeskunde, die nog geen kaderarts is, zich bij aanvang van het contract ingeschreven te hebben voor een opleiding tot kaderarts eerste lijn;
2. De Specialist ouderengeneeskundige moet werkzaam zijn bij een instelling de ELV, GRZ en/of Wlz zorg biedt. Dit draagt bij aan de samenwerking en afstemming;
3. De zorgaanbieder heeft voor de verlening van individuele paramedische zorg met een aanspraak vanuit de GZSP een overeenkomst eerstelijns-paramedie met ons afgesloten, dan wel binnen het regionale zorgnetwerk samenwerkingsafspraken gemaakt met paramedici die beschikken over een eerstelijnsvereenkomst paramedie met ons en specifieke expertise hebben op dit vlak. Tevens dienen zij aangesloten te zijn bij het regionale netwerk en deel te nemen aan het MDO.

Minimumeisen GZSP voor zorg aan verstandelijk beperkten

1. Er dienen minimaal samenwerkingsafspraken gemaakt te worden tussen de instelling voor verstandelijk gehandicapten, huisarts, een AVG arts, en het gemeentelijk domein;
2. Zorgaanbieders die SGLVG behandeling (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt) aanbieden, dienen aangesloten te zijn bij het kennisnetwerk Expertisecentrum De Borg.

Minimumeisen specifiek voor de ELV laag en hoog complex

1. De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de zorgaanspraak Eerstelijnsverblijf valt;
2. De zorgaanbieder beschikt over een SO die 24/7 inzetbaar is;
3. De zorgaanbieder heeft voldoende bevoegde Big geregistreerde verpleegkundigen (niveau 4 of 5) in dienst om 24 uur aanwezigheid van verpleegkundige niveau 4/5 op de ELV afdeling te waarborgen;
4. De zorgaanbieder garandeert 7 x 24 verlening van zorg.

Minimumeisen specifiek voor ELV voor patiënten met (verdenking op) Korsakov

1. Aangesloten bij het Korsakov Kenniscentrum.
2. Door het Zorgkantoor gecontracteerd.
3. Aangewezen als expertisecentrum (Doelgroep Expertise Centrum of Regionaal Expertise Centrum).
4. Behandeling vindt plaats aan de hand van een gespecialiseerd zorgpad en door een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam bestaande uit tenminste een GZ-psycholoog en een specialist. Ouderengeneeskunde met veel kennis en ervaring in de behandeling en zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov.
5. 2 grootste verzekeraars zorgkantoor regio stemmen locatie af/ wijzen zorgaanbieder aan.
6. De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met bekwaam personeel om expertise te borgen.
7. De zorgaanbieder is aangesloten bij een regionale coördinatiefunctie.
8. De zorgaanbieder spant zich in voor passende vervolgzorg of voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten.

Minimumeisen specifiek voor ELV op een gesloten herstel afdeling

1. Zorgaanbod wordt in de regio geclusterd en in een gesloten setting aangeboden.
2. Zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die ook door het zorgkantoor is gecontracteerd voor de opvang van WLZ V&V-crisiszorg.
3. De verwijzers zijn bekend met de locatie voor het gesloten herstel.
4. De zorgaanbieder is aangesloten bij de regionale coördinatiefunctie en het specifieke zorgaanbod is hier bekend.
5. De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met bekwaam personeel om expertise te borgen.

- Zorgaanbieder spant zich in om de benodigde stappen voor passende vervolgzorg of benodigde voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten.

Minimumeisen voor ANW opname

- We verwachten dat de keuze voor het regionaal clusteren van ELV spoedaanmeldingen bij de aangewezen zorgaanbieder aantoonbaar is vastgelegd in *bijvoorbeeld het ROAZ-plan of uitwerking van het IZA-regioplan* en de werkafspraken zijn vastgelegd met de coördinatiefunctie en verwijzers.
- De regionale klustering sluit aan bij de doorontwikkeling van het werkgebied van coördinatiefunctie.
- De zorgaanbieder kan op de locatie waar acute opnames plaatsvinden ook reguliere GRZ en ELV hoog complexe zorg bieden. Hiermee worden patiënt verplaatsingen zoveel mogelijk voorkomen.
- De Zorgaanbieder kan alle ELV en GRZ patiënten 24/7 opnemen.
- Patiënten kunnen vanuit huis, de huisartsenpost en de SEH via de coördinatiefunctie aangemeld worden.

Minimumeisen regionale coördinatiefunctie

- De zorgaanbieder, berust met de uitvoering van de RCF, heeft een overeenkomst eerstelijnsverblijf voor het jaar 2025;
- Zorgaanbieders sluiten geen partijen uit voor deelname aan de RCF;
- De RCF voldoet aan de minimale set functionaliteiten zoals landelijk is overeengekomen met onder andere ZN en ActiZ;
- De zorgaanbieder maakt regionale samenwerkingsafspraken met verwijzers en ontvangers over minimaal triage, in-, door- en uitstroom. Dit doen zij zodanig dat zorg in de keten voldoende is afgestemd en het vervolg van de zorg kan worden gegarandeerd. Deze afspraken worden schriftelijk vastgelegd en minimaal halfjaarlijks geëvalueerd;
- De zorgaanbieder levert voor de berekening van het budget een begroting met inhoudelijke onderbouwing aan;
- De RCF maakt de in-, door- en uitstroom inzichtelijk en levert deze gegevens ieder kwartaal aan alle partijen die betrokken zijn bij de RCF.

Minimumeisen specifiek voor de GRZ

- De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de zorgaanspraak geriatrische revalidatiezorg (Zvw) valt;
- De zorgaanbieder heeft de juiste deskundigheid op het terrein van GRZ. Om invulling aan deze deskundigheid te geven, heeft de zorgaanbieder:
 - een gespecialiseerde afdeling voor GRZ;
 - een specialist ouderengeneeskunde in dienst die een kaderopleiding heeft gevolgd of in opleiding is en die onderdeel uitmaakt van het behandelteam van de GRZ-afdeling in het verpleeghuis;
 - op een locatie met een gespecialiseerde afdeling voor GRZ, 24-uurs aanwezigheid van verpleegkundig niveau 4 / 5; d. gespecialiseerde paramedici en verpleegkundigen gericht op deze doelgroep;
- De minimumeis voor Menzis om een zorgaanbieder een contract aan te bieden voor het leveren van zorg per specifieke diagnosegroep per locatie is:
 - Electieve orthopedie samen met trauma: minimaal 75 patiënten per jaar;
 - CVA: minimaal 50 patiënten per jaar;
 - Amputatie: geen minimum en
 - Overig: minimaal 50 patiënten per jaar.

Bijlage 2. Uitvoeringseisen

Aan deze eisen moet de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst voldoen. Onderstaande uitvoeringseisen worden opgenomen in de overeenkomst. Naast onderstaande uitvoeringseisen zal de overeenkomst uiteraard ook andere bepalingen bevatten zoals onder andere bepalingen over zorgverlening en declaratie- en betalingsverkeer.

Uitvoeringseisen algemeen

1. Alle zorgprofessionals dienen PZP standaard onderdeel van het gesprek met de verzekerde te maken;
2. Zorgaanbieders die GZSP, ELV en/of GRZ zorg leveren aan kwetsbare ouderen dienen aangesloten te zijn bij de regionale coördinatiefunctie en hebben afspraken gemaakt over het inzichtelijk maken van de beschikbare capaciteit ELV en/of GRZ;
3. Er is sprake van een samenwerkingsverband met de eerste lijn waarbij minimaal afspraken zijn gemaakt met huisartsen, thuiszorgorganisaties en het sociale domein. Hierbij zijn schriftelijke afspraken gemaakt over verwijzingen en het delen van informatie over de patiënt en PZP is hier een standaard onderdeel van;
4. De professionals zijn geschoold in de medische en verpleegkundige richtlijnen en protocollen die gelden voor de specifieke zorgvraag van de klant;
5. De aanbieder draagt er zorg voor dat altijd duidelijk is welke arts hoofdbehandelaar is, zodat voor patiënt en familie duidelijk is welke arts voor hen het eerste aanspreekpunt is en welke arts de behandeling coördineert; In het behandelplan moet duidelijk de (her)indicatie met begindatum, verwachte ontslagdatum, de hoofdbehandelaar en prestatie vermeld staan.

Uitvoeringseisen GZSP

De zorgaanbieder conformeert zich aan de '[Uitgangspunten zorg in een groep](#)' en '[Uitgangspunten individuele prestaties](#)', zoals deze zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland, hierop aanvullend stellen bij de volgende eisen:

1. De zorgaanbieder, die verwacht het budget voor prestaties 1004 (zorg in groep aan kwetsbare patiënten) en 1005 (zorg in een groep aan lichamelijk gehandicapten/ mensen met NAH) te gaan overschrijden, deelt dit aan de zorgverzekeraar mee wanneer 70% van het budget is bereikt. In dat geval zal op basis van inzet op zelfredzaamheid en doelmatigheid in relatie met zorgaanbod in de regio de zorgverzekeraar beoordelen of additioneel budget wordt toegekend;
2. De zorgaanbieder meet structureel zowel de tevredenheid van klanten als van verwijzers om de eigen kwaliteit van de specialist ouderengeneeskunde en/of arts verstandelijk gehandicapten en die van het organisatorische verband op peil te houden. De onafhankelijkheid in het meten van tevredenheid is geborgd;
3. Indien er langer dan 12 maanden zorg in een groep aan patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (prestatiecode A1005) geboden wordt, dient er een machtiging aangevraagd te worden;
4. Aanvullende eisen bij de zorgaanbieder die zorg levert aan patiënten met de ziekte van Huntington:
 - a. Hij beschikt over een specifiek zorgaanbod voor patiënten met de ziekte van Huntington. Dit specifieke aanbod dient daarbij geleverd te worden vanuit een multidisciplinair team, waarbij deskundigheid op het gebied van de ziekte van Huntington noodzakelijk is;
 - b. Hij draagt dit zorgaanbod nadrukkelijk en herkenbaar uit op uw website;
 - c. Hij is aangesloten bij het Huntington Kennis Netwerk Nederland.
5. Aanvullende eisen bij de zorgaanbieder die zorg levert aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (SGLVG):

- a. Hij beschikt over een specifiek zorgaanbod voor patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking. Specifieke deskundigheid op het gebied van SGLVG is noodzakelijk;
- b. Hij draagt dit zorgaanbod nadrukkelijk en herkenbaar uit op zijn website.

Uitvoeringseisen palliatieve zorg

1. De vaststelling van de palliatief terminale fase gebeurt altijd en aantoonbaar in overleg met de (huis)arts. De zorgaanbieder maakt in het zorgplan naast de fysieke, psychische en sociale aspecten tevens zichtbaar dat de verzekerde de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden en dat zij ook de naasten van de verzekerde begeleiding en nazorg biedt;
2. De zorgaanbieder draagt 24 uur per dag, 7 dagen per week zorg voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5, welke bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te kunnen bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen Palliatieve Zorg V&VN) en waarbij een minimaal niveau 4 verpleegkundige ook de Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige is van de verzekerde;
3. De zorgaanbieder werkt conform Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland;
4. De zorgaanbieder participeert actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het Netwerk zijn gemaakt;
5. Indien er zorg geleverd wordt in een hospice, beschikt de hospice over:
 - a. het Perspekt keurmerk palliatieve zorg of;
 - b. het Perspekt PREZO keurmerk hospicezorg;
6. Indien de zorg geleverd wordt in een high care hospice, dan is de hospice aangesloten bij de Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN);
7. Binnen het netwerk is een consultatieteam beschikbaar met huisartsen en/of Specialist Ouderengeneeskunde (SO) die tenminste gestart zijn met de kaderopleiding palliatieve zorg of de zogenoemde Cardiff opleiding of deze reeds hebben afgerond. De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening.

Uitvoeringseisen specifiek ELV laag en hoog complex

1. De zorgaanbieder, die verwacht het budget te gaan overschrijden, deelt dit aan de zorgverzekeraar mee wanneer 70% van het budget is bereikt. In dat geval zal op basis van inzet op zelfredzaamheid en doelmatigheid in relatie met zorgaanbod in de regio de zorgverzekeraar beoordelen of additioneel budget wordt toegekend;
2. De zorgaanbieder maakt voor het plaatsen van de verzekerde voor ELV gebruik van de coördinatiefunctie in zijn regio;

Uitvoeringseisen specifiek GRZ

1. De zorgaanbieder informeert Menzis over de productie per kwartaal en geleverde kwaliteit van zorg in een door Menzis opgesteld format. Menzis stelt dit format tijdig ter beschikking aan de zorgaanbieder;
2. De zorgaanbieder, die verwacht het budget te gaan overschrijden, deelt dit aan de zorgverzekeraar mee wanneer 70% van het budget is bereikt. In dat geval zal op basis van inzet op zelfredzaamheid en doelmatigheid in relatie met zorgaanbod in de regio de zorgverzekeraar beoordelen of additioneel budget wordt toegekend;
3. Het is van belang om tijdens de revalidatie gezamenlijk het revalidatieplan te bespreken en hierbij proactief kijken naar de gevolgen;
4. Verzekerden worden actief betrokken bij het opstellen en evalueren van het behandelplan waarbij PZP een standaard onderdeel is van het gesprek;

5. De Barthelscore wordt bij opname en ontslag geregistreerd in het medisch dossier. Wij confirmeren ons hierbij aan de normen en standaarden gesteld door de beroepsgroep; in de toekomst kan dit betekenen dat deze score wordt berekend door gebruik van de USER;
6. De zorgaanbieder biedt minimaal 6 dagen per week, maandag tot en met zaterdag, opnamemogelijkheid en behandeling voor GRZ;
7. Om de deskundigheid van deze specialistische zorg te waarborgen dienen de zorgaanbieders een specialist ouderengeneeskundige in dienst te hebben die de kaderopleiding geriatrie revalidatiezorg heeft voltooid of in opleiding is;

Uitzondering reisafstand GRZ

Om in een regio voldoende, kwalitatief goede GRZ zorg te kunnen blijven aanbieden maakt Menzis een uitzondering voor situaties waar de reisafstand tot een alternatieve zorgaanbieder meer dan 25 kilometer bedraagt. In deze uitzonderingsituaties wordt uitgegaan van minimaal 25 patiënten per diagnosegroep per locatie per jaar. Hierbij gelden de volgende aanvullende voorwaarden:

1. Een specialist ouderengeneeskunde met een kaderopleiding geriatrie revalidatie is in dienst van de instelling en is onderdeel van het behandelteam op de betreffende locatie;
2. Er zijn afspraken gemaakt rond consultatie van een revalidatiearts;
3. Er is beleid vastgelegd rond de ontwikkeling en borging van deskundigheid van het behandelteam en kwaliteit van zorg. Hierin is in ieder geval verwerkt:
 - a. Scholing van de verschillende disciplines in het behandelteam;
 - b. Gestructureerde kwalitatieve toetsing door middel van periodiek overleg van zorg en zorgpaden met ketenpartners en andere GRZ-zorgaanbieder(s) voor de afzonderlijke diagnosegroepen;