



Zorginkoopbeleid 2024 kortdurende zorg

Publicatiedatum: 1 april 2023



Inhoud

Voorwoord	3
Wijzigingen Zorginkoopbeleid kortdurende zorg in 2024	5
Wat willen we bereiken?	6
Regionale zorginkoop	6
Toegankelijkheid	7
Passende zorg	7
Benchmark	8
Transformatiemiddelen	8
Wat koopt Menzis in?	8
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	8
Eerstelijnsverblijf	13
Geriatrische Revalidatie Zorg	15
Bij wie koopt Menzis in?	17
Inkoopeisen	17
Inkoopproces	17
Bereikbaarheid	20
Inspraak verzekerden	20
Bijlage 1: Minimumeisen	22
Minimumeisen specifiek voor de GZSP	23
Minimumeisen specifiek voor de GZSP ten aanzien van ouderenzorg	24
Minimumeisen GZSP voor zorg aan verstandelijk beperkten	24
Minimumeisen specifiek voor de ELV laag en hoog complex	24
Minimumeisen specifiek voor de GRZ	24
Bijlage 2: Uitvoeringseisen	26
Uitvoeringseisen algemeen	26
Uitvoeringseisen GZSP	26
Uitvoeringseisen specifiek ELV laag en hoog complex	27
Uitvoeringseisen palliatieve zorg	28
Uitvoeringseisen specifiek GRZ	28
Uitzondering reisafstand GRZ	29
Bijlage 3. Regionale Coördinatiefunctie Verblijf	30
Functionaliteiten van regionale coördinatiefuncties	30
Doorontwikkeling van de regionale coördinatiefunctie	30
Monitor ter evaluatie van de coördinatiefunctie	30
Contractering van de regionale coördinatiefunctie	31
De minimumeisen zijn	31
Ontwikkeling van het financieel beleid	32

Voorwoord

Een leefkrachtiger Nederland

Ieder mens leefkrachtiger, nu en in de toekomst. Dat is onze missie. Leefkracht staat voor de positieve kracht van gezond leven: of iemand nou ziek is of gezond, jong of oud. Leefkracht zorgt ervoor dat mensen de dingen kunnen doen die belangrijk voor hen zijn. Naast het voorkomen van ziekte en het bevorderen van een gezonde leefstijl gaat het bij leefkracht ook over het krijgen van tijdige, juiste en kwalitatief goede zorg en een betaalbare premie. Onze zorginkoop draagt daar aan bij.

De afgelopen jaren hebben wij stappen gezet om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden door het maken van afspraken over zorgtransformatie, samen slimmer organiseren van de zorg, beheersen van kosten en inzetten op het voorkomen van zorg. In 2024 gaan we door in deze richting. Samen met u zetten we graag de noodzakelijke vervolgstappen. We voelen ons in deze beweging gesteund door het integraal zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Samen met zorgaanbieders en andere partners zetten wij ons in om doelen en regionale werkagenda's uit te voeren. De gemaakte afspraken komen vervolgens terug in de contracten met zorgaanbieders.

In ons zorginkoopbeleid 2024 ligt de focus op de volgende onderwerpen:

Samenwerking in de regio

Samenwerking in de regio is essentieel om de zorgtransformatie realiseren. Niet alleen met het zorgdomein, maar ook met betrokkenen in het sociale domein. Om de afspraken en doelen uit het IZA, GALA en WOZO te realiseren, nemen we als zorgverzekeraar het voortouw in de regio's waar we een groot marktaandeel hebben. De regiobeelden en -plannen die we de afgelopen jaren samen met de regio opgesteld en afgestemd hebben, gaan we herijken en in 2024 samen met de partners in de regio uitvoeren. Daarvoor zijn we nadrukkelijk op zoek naar impactvolle transformatieplannen: plannen en initiatieven waarbij partijen niet schromen om over het eigen belang heen te kijken en het belang van de zorg en inwoners van de regio centraal te stellen. Hierover gaan we graag met u in gesprek.

We stimuleren de samenwerking in de regio door de komende jaren gelijkgerichte afspraken te maken met zorgaanbieders. Waar mogelijk maken we afspraken over de verschillende zorgsoorten heen en, als dat de doelen ondersteunt, met meerjarenafspraken en/of innovatieve bekostiging.

Passende zorg

Zowel binnen als buiten onze kernregio's omarmen wij in de zorginkoop de principes van passende zorg. Passende zorg is een breed begrip: *het omvat zorg die bewezen effectief is (voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk), niet onnodig duur is, waarover samen wordt beslist tussen zorgverlener en patiënt, dichtbij de patiënt wordt geleverd en meer gaat over gezondheid en minder over ziekte.* In 2024 focussen wij ons op verder implementeren van advance care planning (ACP) en samen beslissen over alle zorgsoorten en domeinen heen. We stimuleren gepast gebruik, zowel via het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) als eigen analyses op basis van gedeclareerd volume en/of kosten.

Digitale zorgtransformatie

We zijn voorstander van de landelijke uitgangspunten: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Digitalisering is een middel om zorgtransformatie te bewerkstelligen. Verdere digitalisering van de zorg is noodzakelijk om aan te sluiten bij wensen van de samenleving en om de stijgende vraag naar zorg het hoofd te bieden. Digitale zorg draagt bovendien bij aan een efficiëntere inzet van (schaarse) zorgprofessionals, omdat het meer mogelijkheden biedt om thuis of in de nabije omgeving gediagnosticeerd, behandeld en gemonitord te worden. Binnen digitale zorgtransformatie kiezen we nadrukkelijk voor initiatieven, die impact hebben op het voorkomen van (duurdere) zorg en het vergroten van de zelfregie van onze klanten.

Duurzaamheid

De zorgbranche is verantwoordelijk voor 7% van de CO₂-uitstoot, 13% van het grondstofverbruik en 4% van het afval in Nederland. Daarmee heeft de zorgbranche ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid. Dat dit vanwege de impact op het klimaat leidt tot ziekte en meer zorg noemt men 'de paradox van de gezondheidszorg'. Wij vinden het van groot belang om – naast het verduurzamen van onze eigen organisatie – een bijdrage te leveren aan het doorberekenen van deze paradox en te werken aan het verduurzamen van het zorglandschap. Samen met de andere zorgverzekeraars zetten we ons daarom in om deze verduurzaming te versnellen. De komende jaren richten we ons op acties uit de Green Deal Duurzame Zorg 3.0, de visie verduurzaming zorgsector van Zorgverzekeraars Nederland en de sectorale uitvoeringsplannen / het Green Deal Uitvoeringsprogramma.

Graag gaan we met u en andere zorgpartners in gesprek over de hierboven beschreven focuspunten of over andere, gezamenlijke vraagstukken en oplossingen in de zorg. Zodat we samen impact kunnen maken voor een leefkrachtiger Nederland en toekomstbestendige zorg voor iedereen.

Esther Agterdenbos-van de Ree

Directeur Zorg

Wijzigingen Zorginkoopbeleid kortdurende zorg in 2024

Hieronder treft u voor wat betreft het Zorginkoopbeleid kortdurende zorg de wijzigingen aan ten opzichte van het inkoopbeleid GZSP 2023 en het inkoopbeleid ELV, GRZ 2022-2023. Daarbij geven we ook aan waar u de nadere toelichting kunt vinden. Een overzicht van de (gewijzigde) minimumeisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst met ons treft u aan in [bijlage 1](#).

Betreft:	Wat wijzigt er?	U leest hier meer over op pagina:
Advance Care Planning	We verwachten dat Advance Care Planning (ACP) standaard onderdeel is van de lokale samenwerkingsafspraken én standaard onderdeel van het gesprek met de verzekerde.	Pagina 7
Coördinatiefunctie en GZSP	Ook de GZSP-zorgaanbieders die zorg leveren aan kwetsbare ouderen dienen aangesloten te zijn bij de regionale coördinatiefunctie.	Bijlage 2 Uitvoeringseisen
Specialist ouderengeneeskundige	De specialist ouderengeneeskundige moet werkzaam zijn bij een instelling die ELV-, GRZ- en/of Wlz-zorg biedt, omdat dit bijdraagt aan de samenwerking en afstemming.	Pagina 6
Specialist ouderengeneeskundige	Op het moment dat de specialist ouderengeneeskundige het geriatrisch assessment bij de verzekerde wil uitvoeren, is het van belang dat de instelling ook geriatrische revalidatiezorg aanbiedt.	Pagina 10
Samenwerkingseisen en GZSP-VG	Voor het leveren van GZSP-zorg aan verzekerden met een verstandelijke beperking dienen er minimaal samenwerkingsafspraken gemaakt te worden tussen de instelling voor verstandelijk gehandicapten, huisarts, AVG-arts en het gemeentelijk domein.	Pagina 10
GZSP-Zorg in een groep	De activiteiten van de behandeling op de groep moeten omschreven staan in het individueel behandelplan, waarbij de dagdelen voor minimaal 50% bestaan uit activiteiten die bijdragen aan het behandelplan.	Pagina 10
GZSP-SGLVG	Zorgaanbieders die SGLVG-behandeling (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt) aanbieden, dienen aangesloten te zijn bij het kennisnetwerk Expertisecentrum De Borg.	Pagina 12
GRZ	Het is van belang om tijdens de revalidatie gezamenlijk het revalidatieplan te bespreken en hierbij proactief te kijken naar de gevolgen. Verzekerden worden actief betrokken bij het opstellen en evalueren van het behandelplan, waarbij Advance Care Planning een standaard onderdeel is van het gesprek.	Pagina 16
GRZ	Wij verwachten van zorgaanbieders dat verzekerden tijdig met proefverlof gaan, zodat inzichtelijk wordt welke vaardigheden de verzekerde nog moet aanleren om zo zelfredzaam mogelijk thuis te wonen	Pagina 16

GZSP	GZSP-aanbieders dragen er zorg voor dat altijd duidelijk is welke arts de 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 de prestatie vermeld staan.	Bijlage 2 Uitvoeringseisen
Regionaal convenant	In het regionale convenant dient weergegeven te worden op welke wijze verwijzingen en triage plaatsen en hoe informatie over wijzigingen in de Advance Care Planning met de betrokken zorgprofessionals gedeeld wordt.	Bijlage 1 Minimumeisen

Wat willen we bereiken?

Het is van belang dat zorgaanbieders - vanuit de juiste zorg op juiste plek - passende zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt organiseren. Door proactief het gesprek te voeren over wensen en keuzes wordt het duidelijk welke mogelijkheden er in het zorglandschap zijn op het moment dat de patiënt zorg nodig heeft. Bij Coöperatie Menzis vinden we het belangrijk dat er integraliteit en samenhang is in de zorg voor kwetsbare patiënten. Daarom willen we het inkoopbeleid in de eerste lijn voor kwetsbare ouderen nader op elkaar afstemmen. Voor 2024 starten we daarom met een integraal inkoopbeleid voor de GZSP, ELV en GRZ.

Regionale zorginkoop

We zien de toegevoegde waarde van de zorg vanuit de GZSP, ELV en GRZ in het proces van langer thuis wonen. Een belangrijk aandachtspunt is het verbeteren van de in-, door- en uitstroom in ELV en GRZ. We vinden het van belang dat zorgprofessionals (huisarts en/of wijkverpleging) tijdig de hulp (kennis en expertise) van Specialist Ouderengeneeskunde (SO) kunnen inroepen in de thuissituatie, zodat er passende zorg geboden kan worden. Om de kennis en vaardigheden op pijl te houden vinden wij het van belang dat de Specialist Ouderengeneeskundige werkzaam is bij een instelling die EIV, GRZ en/of Wlz zorg biedt. Zorgvuldige triage, wanneer het thuis medisch niet meer kan, is van belang, zodat de patiënt direct op de best passende plek opgenomen wordt. Het coördinatiepunt in de regio speelt hierbij een belangrijke rol als het gaat om inzicht in de beschikbare zorg in de regio.

Toegankelijkheid

Om de zorg in de toekomst toegankelijk te houden, is het belangrijk om te kijken naar zorgtransformaties, die bijdragen aan de zelfredzaamheid van burgers. In het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt benadrukt dat reablement en advance care planning (ACP) een essentiële rol spelen in het zorglandschap. Wij ondersteunen dit uitgangspunt. De kortdurende zorg kan bijdragen aan de gedachte van de herstelgerichte zorg en het langer zelfstandig wonen bevorderen. Hierbij roepen we zorgaanbieders op om met ons mee te denken over zorgtransformaties, die noodzakelijk is om de toekomstige zorg voor kwetsbare patiënten te waarborgen. Uitgangspunten hierbij zijn:

Zelf als het kan

We willen zorgaanbieders stimuleren om de zelfredzaamheid van klanten te versterken waar het mogelijk is. Hulpmiddelen kunnen tijdens opname al van toegevoegde waarde zijn. Tijdens de zorg is het daarnaast van belang om de directe omgeving en thuissituatie van de klant zo veel mogelijk te betrekken bij de inzet van zorg en andere professionals in te schakelen, die kunnen helpen bij sociale problemen.

(Dicht bij) (t)huis als het kan

Het eerstelijnsverblijf kan van toegevoegde waarde zijn: zowel bij het voorkomen dat kwetsbare patiënten opgenomen worden in het ziekenhuis als bij de uitstroom vanuit het ziekenhuis. Op dit moment zien we ontwikkelingen, waarbij gekeken wordt om complexere patiënten vanuit het ziekenhuis eerder te laten revalideren. Het gaat om kortdurende zorg, zoals de Specialist Ouderengeneeskundige (SO) biedt. Op het moment dat de medische eindverantwoordelijkheid (deels) bij een andere zorgprofessional, waaronder de medisch specialist, ligt, is het belangrijk om samen te kijken hoe deze zorg passend en doelmatig kan worden georganiseerd.

Digitaal als het kan

We zijn van mening dat digitalisering het middel is om zorgtransformatie te bewerkstelligen. Schaarse capaciteit van zorgprofessionals kan zo optimaal mogelijk worden ingezet met behulp van digitale consulten vanuit de GZSP en bij ambulante revalidatie.

Passende zorg

Preventie en advance care planning kunnen op de lange termijn bijdragen aan het langer zelfstandig functioneren van patiënten en het verminderen van inzet van zorg. Ook op het moment dat een patiënt kwetsbaar wordt, kan er nog steeds gekeken worden naar de mogelijkheden van preventie.

ACP vindt plaats in het continue gesprek tussen zorgprofessional en patiënt, waarbij nagedacht wordt over (haalbare) doelen voor ondersteuning en zorg in de toekomst. Zorgprofessionals hebben hierbij een initiërende, faciliterende of stimulerende rol. De uitkomst van de gesprekken is bekend bij alle betrokken professionals en mantelzorgers, en wordt vastgelegd in het (zorg)dossier van de patiënt. Hierdoor is iedereen op de hoogte van de wensen van en de afspraken, en kan passende zorg worden geboden. Onze visie is dat zorg in de basis thuis (generalistisch) of in een medisch behandelcentrum (specialistisch) wordt geleverd.

Benchmark

Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij doelmatig de zorg aan klanten bieden met oog voor de volledige keten van zorg van de klant, zowel tijdens de opname als bij ontslag naar de thuissituatie of andere zorgvorm. Wij hebben hiervoor een benchmark ontwikkeld.

Transformatiemiddelen

Afspraken over transformaties vinden plaats in de individuele contractering. Dat blijft de basis van ons zorgstelsel. Echter, het kan voorkomen dat transformaties een dusdanige impact hebben dat zowel vanuit het zorgveld van meerdere aanbieders als vanuit alle zorgverzekeraars dezelfde beweging ingezet moet worden. Dan spreken we van impactvolle transformaties. Om de impactvolle transformaties in de regio te laten slagen, is er vanuit het IZA financiering mogelijk in de vorm van transformatiegelden. Initiatiefnemers van impactvolle transformaties binnen onze kernregio's kunnen hun plannen bij ons kenbaar maken. Bij voorkeur komen de plannen en aanvragen voor financiering gezamenlijk tot stand op basis van de opgestelde regioplannen. Het beoordelen van aanvragen vindt plaats op basis van landelijk vastgestelde voorwaarden en criteria, zoals opgenomen in het door de IZA-partijen opgestelde beoordelingskader.

Informatie over het indienen van een plan, details over het proces, de benodigde documenten en te gebruiken formulieren kunt u vinden op [onze website](#).

Wat koopt Menzis in?

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

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 bij of 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 thuis blijven wonen van patiënten. Aangezien de zorgvormen nog in ontwikkeling zijn, hebben zorgverzekeraars samen met diverse zorgaanbieders/beroepsorganisaties uitgangspunten geformuleerd voor zowel individuele zorg vanuit de GZSP als zorg in een groep.

Individuele zorg vanuit de GZSP

Ouderen

Binnen de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen willen wij zorg voor kwetsbare ouderen organiseren in de thuissituatie. Naast de Nza-beleidsregels gelden hiervoor ook de Uitgangspunten GZSP individuele prestaties.

Specialisten ouderengeneeskunde (SO) en gedragswetenschappers zijn van toegevoegde waarde in de eerste lijn voor kwetsbare ouderen. Juist door specifieke kennis op het gebied van ouderenzorg heeft de SO inzicht in de best passende zorg voor de kwetsbare patiënt. Daarom stellen we als uitvoeringseis dat de zorgprofessional in het contact met de klant advance care planning standaard onderdeel laat zijn van zijn consult en dit afstemt met de huisarts/POH en andere betrokken zorgaanbieders, voor zover van toepassing.

Om de zorg rondom de klant goed te kunnen organiseren, is het ook belangrijk dat de SO samenwerkt met huisartsen en andere professionals. Dit moet op lokaal niveau plaatsvinden om de samenwerking en uitwisseling van gegevens te bevorderen. Daarom hebben we als uitvoeringseis dat er sprake is van een samenwerkingsverband in de eerste lijn tussen huisartsen, thuiszorgorganisaties en het sociale domein, waarbij de professionals elkaar kennen en samenwerken rondom kwetsbare ouderen. Hierbij dienen minimaal afspraken gemaakt te worden over het uitwisselen van gegevens, verwijzingen en consultatiemogelijkheden.

Om de organisatie van het samenwerkingsverband in de regio te waarborgen, zien we graag dat de instelling een Specialist Ouderengeneeskunde 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.

Juist de samenhang tussen de zorg thuis en mogelijke vervolgzorg in een instelling waar ELV/GRZ geboden kan worden, is dan van belang. Daarom hebben we als minimumeis voor de SO dat deze werkzaam moet zijn bij een instelling die ELV, GRZ en/of Wlz zorg biedt. Dit draagt bij aan samenwerking en afstemming. We verwachten dat geborgd wordt dat er binnen 24 uur een SO beschikbaar is voor urgente vragen. Op het moment dat de SO het geriatrisch assessment bij de klant wil uitvoeren, is het van belang dat de instelling, waar de SO-arts werkt, ook geriatrische revalidatiezorg aanbiedt. Indien er na het geriatrisch assessment van de SO-arts 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

Ten aanzien van de klanten die verstandelijke problematiek hebben 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. In het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en Integraal Zorg Akkoord (IZA) is veel aandacht voor preventie bij burgers. We vinden het dan ook van belang dat er tijdig inzicht is in de complexe zorgvraag van de klant en u vanuit de ACP- gedachte een passende oplossing zoekt.

Wij zien een toename van de inzet van de zorg door gedragswetenschappers vanuit de GZSP. Wij vinden het van belang dat de arts verstandelijk gehandicapten ook betrokken blijft bij de klant. Door een multidisciplinaire benadering van de complexe problematiek kan er tijdig gekeken worden naar de Juiste zorg en de Juiste Plek voor de klant.

Voor het leveren van GZSP-zorg aan klanten met een verstandelijke beperking dienen er minimaal samenwerkingsafspraken gemaakt te worden tussen de instelling voor verstandelijk gehandicapten, huisarts, AVG-arts, en het gemeentelijk domein. Bij de zorg vanuit de GZSP wordt aangegeven dat artsen steeds meer indirecte tijd nodig hebben voor de juiste zorg aan klanten. Door samenwerkingsafspraken over onder andere het uitwisselen van informatie en verwijzingen verwachten wij dat er minder tijd nodig is voor overleg, zodat de betrokken professionals efficiënt en effectief zorg kunnen bieden aan de klanten.

Zorg in groep

Zorg in een groep voor complexe doelgroepen is verdeeld over verschillende domeinen en verschillende aanspraken. Vanuit de Wmo en Wlz zijn er mogelijkheden om zorg voor kwetsbare klanten te bieden. Ook in de GGZ zijn mogelijkheden voor het leveren van zorg in de groep.

Klanten die zorg in een groep nodig hebben, kunnen deze vanuit de GZSP ontvangen als voldaan wordt aan de voorwaarden uit de NZA-beleidsregels en de [Uitgangspunten GZSP in een groep](#).

Behandeling

Afgelopen jaren hebben wij gezien dat kwetsbare ouderen steeds langer deelnemen aan de behandeling in een groep. Hierbij is het van belang om scherp te houden of de behandeling nog effectief is en de klant passende zorg ontvangt. Daarnaast is het evalueren van doelstellingen vanuit klantperspectief belangrijk, waarbij de volledige (gezondheids-) situatie van de klant meegenomen dient te worden. Juist de woonomgeving en de mantelzorg zijn van belang bij het kijken naar doelmatige en houdbare zorg, nu en in de toekomst. Daarnaast moet tijdig het gesprek gevoerd worden over de toekomst van de klant. Daarom dient het advance care gesprek standaard onderdeel te zijn van het behandelplan en dient de zorgprofessional zowel de mantelzorg en als de thuissituatie te betrekken bij het behandelplan.

De zorg in de Zvw eindigt als de behandeldoelen zijn behaald, als er geen behandeldoelen meer zijn, als er een aanspraak is op de Wlz, of als de klant overlijdt. Daarom is het belangrijk dat er concrete doelen vastgesteld zijn in het individuele behandelplan en dat er tijdig evaluatie plaatsvindt. Hierbij heeft de zorgaanbieder de verantwoordelijkheid om samen met andere betrokken partijen de passende zorg uit het juiste domein voor de klant te organiseren. Daarom vinden we het van belang dat u tijdig kijkt naar passende inzet van de prestatie behandeling groep voor kwetsbare ouderen. Indien u meer dan 100 behandelingen groep (prestatiecode A1004) aan een kwetsbare oudere gaat leveren, dient vooraf een machtiging aangevraagd te worden voor de klant.

Huntington en SGLVG (sterk gedragsgestoord licht-verstandelijk gehandicapt)

De GZSP kent specifieke prestaties voor patiënten met de ziekte van Huntington en 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. Voor zover medisch noodzakelijk is het direct invoeren van verpleegkundige zorg ten tijde van de behandeling mogelijk.

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 klanten die vallen binnen de doelgroep SGLVG is gericht op het vergroten van competenties, steunsysteem en het professionele netwerk ten aanzien van 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 betreffen 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 2024 inclusief een addendum Huntington of SGLVG kunnen dit aangeven tijdens de inschrijving.

Individuele behandeling naast GZSP

Individuele paramedische zorg met een aanspraak vanuit de GZSP valt onder de reguliere beleidsregel paramedische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Daardoor is de individuele paramedische zorg geen onderdeel van het zorginkoopbeleid GZSP 2024 en de overeenkomst GZSP 2024. Individuele paramedische zorg wordt ingekocht middels het zorginkoopbeleid paramedie.

Alle zorgaanbieders binnen de paramedische zorg met wie wij een overeenkomst paramedie sluiten, komen in aanmerking voor het leveren van individuele paramedische zorg aan klanten met een aanspraak vanuit de GZSP. Gezien de complexe doelgroep stellen we wel een aanvullende voorwaarde: voor borging van kwalitatief hoogstaande individuele paramedische zorg en levering vanuit de juiste expertise dient u als zorgaanbieder van individuele paramedische zorg samenwerkingsafspraken te maken met een gecontracteerde GZSP-zorgaanbieder, dan wel bij de GSZP-zorgaanbieder werkzaam te zijn.

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. Zorgverleners van individuele paramedische zorg binnen uw eigen organisatie komen dan in onderlinge dienstverlening.

Eerstelijnsverblijf

Het eerstelijnsverblijf is een plek waar kwetsbare patiënten tijdelijk kunnen verblijven op het moment dat er sprake is van een tijdelijke medische noodzaak. Het is van belang dat de verwachting is dat de patiënt weer terug naar huis kan na de tijdelijke opname. Huisartsen kunnen met behulp van het Afwegingsinstrument ELV - LHV bepalen of er een tijdelijke opname ELV van toepassing is. ELV zorg is van toepassing indien er sprake is van een noodzaak voor continue verpleegkundige aanwezigheid in nabijheid. Gezien de onplanbaarheid van deze zorgvraag is het belangrijk dat zij 24/7 aanspraak kunnen maken op verpleegkundige zorg. Tijdens de opname op het eerstelijnsverblijf is het belangrijk om te beoordelen of de zorgbehoefte permanent is en of de zorg niet thuis geleverd kan worden met behulp van mantelzorg en/of Wmo-voorzieningen. De coördinatiefunctie in de regio kan hierbij ondersteunen op het moment dat er twijfel ontstaat over de best passende plek.

Advance Care Planning (ACP)

Op het moment dat de patiënt opgenomen is op de ELV is het belangrijk dat u als zorgaanbieder direct de sociale omgeving in kaart brengt en met een proactieve gezondheidsplanning start om eventuele vervolgzorg in kaart te brengen. De huisarts en/of specialist ouderengeneeskundige dient gedurende de opname te monitoren of de zorgplanning, die bij opname is vastgesteld, nog haalbaar is. Ook dient de huisarts en/of specialist deze planning, in overleg met de patiënt en de familie, bij te stellen op het moment dat de situatie wijzigt.

We verwachten dat voorafgaande aan de overdracht naar huis de ACP-informatie beschikbaar is voor alle zorgprofessionals. Om dit te kunnen organiseren dient de zorgaanbieder ketenafspraken te maken met betrokken zorgprofessionals, waaronder in ieder geval de huisartsen, thuiszorgorganisaties en het sociale domein. We verwachten dat in dit convenant ook weergegeven wordt op welke wijze informatie over wijzigingen in de ACP met de betrokken zorgprofessionals gedeeld wordt.

Tijdelijke opname voor observatie en diagnostiek

We herkennen de knelpunten in de keten van acute ouderenzorg en zien daarin het belang van meer aandacht voor observatie en diagnostiek. In sommige gevallen voldoet het afwegingsinstrument niet en is het lastig vast te stellen wat op dat moment de juiste zorg is voor kwetsbare ouderen in crisissituaties. Een tijdelijke opname voor observatie en diagnostiek kan dan van toegevoegde waarde zijn. Observatiebedden bieden deze mogelijkheid tot diagnostiek. Gedurende een periode van maximaal 14 dagen wordt de sociale en medische diagnostiek van een patiënt in kaart

gebracht om de juiste vervolgzorg te bepalen. We stellen dat na opname op een observatiebed de volledige zorgplanning van de patiënt bekend is.

Observatiebedden zijn een tussenstap naar het optimaliseren van de eerstelijnszorgketen. De afgelopen jaren hebben we maatwerkafspraken over observatiebedden gemaakt met zorgaanbieders in onze kernwerkgebieden. De ervaringen zijn wisselend. Voor 2024 wordt, op basis van regelmatige evaluaties op doelmatigheid, samen met u besloten of initiatieven worden voortgezet (en zo ja binnen welke kaders) of worden gestopt. Er zullen geen nieuwe initiatieven worden gestart.

De verwachting is dat er in 2025 een passende bekostiging is voor observatie en diagnostiek binnen de reguliere ELV.

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg kan beginnen wanneer een klant met de behandelend arts besproken heeft dat eventuele behandeling niet meer gericht is op genezing. Wanneer het nodig is zal wijkverpleging ingezet worden, in nauwe samenwerking met de behandelaar. In de laatste fase, waarin intensieve zorg noodzakelijk kan zijn, spreken we van palliatieve terminale zorg. Zie: [beleid wijkverpleging](#).

Een andere mogelijkheid is opname in een voorziening voor palliatieve zorg, waarbij 24 uren zorg bekostigd wordt vanuit ELV palliatief. Kenmerkend is dat er sprake is 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](#).

Regionale Coördinatiefunctie Verblijf

We zien de verdere samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen en de verschillende vormen van vervolgzorg als een positieve ontwikkeling. Deze samenwerking bevordert de plaatsing van patiënten en zorgt ervoor dat zij tijdig de juiste zorg op de juiste plek ontvangen. Het is daarom van belang dat alle zorgprofessionals, die GZSP, ELV en/of GRZ zorg leveren aan kwetsbare ouderen, aangesloten zijn bij de coördinatiefunctie in de regio en hier hun capaciteit inzichtelijk maken. De regionale coördinatiefunctie (RFC) ondersteunt het triageproces, zodat de in-, door- en uitstroom verbetert. Daarmee heeft de Regionale Coördinatiefunctie Verblijf (RCF) een essentiële rol in een spoedige doorplaatsing van patiënten naar de juiste zorg.

Doorontwikkeling van regionale coördinatiefuncties

In 2024 blijven we ons actief inzetten op de doorontwikkeling van RCF's in onze regio's. We streven naar meer uniformiteit in de inhoudelijke uitvoering en stimuleren de koppeling met andere zorgsoorten. In 2023 vragen we per kwartaal om inzicht in het aantal en soort bemiddelingen door middel van een landelijk ontwikkelde monitor. Voor 2024 pakken we het monitoren van RCF's verder op om tot een meer uniforme uitvoering van de RCF te komen. Dit doen we samen met andere zorgverzekeraars, zodat landelijk meer transparantie komt over de uitvoering van de RCF's en we van elkaar kunnen leren.

Met andere zorgverzekeraars streven we naar meer uniformiteit in de bekostiging van de RCF's in de verschillende regio's. In 2023 zijn we gestart met criteria om tot een uniforme financiële aanpak te komen, waarmee we congruent in de verschillende regio's kunnen handelen. Voor 2024 ontwikkelen we dit verder door om zo onderbouwde en passende budgetten aan een RCF te kunnen toeschrijven.

Vanuit de acute zorg is er aandacht voor het landelijk inrichten van een zorgcoördinatievoorziening (ZCV). Wij zullen de ontwikkelingen van de ZCV -en de verbinding hiervan met de RCF- volgen. Meer informatie vindt u in [bijlage 3](#).

Geriatrische Revalidatie Zorg

De aanspraak geriatrische revalidatiezorg (GRZ) betreft de integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, zoals specialisten ouderengeneeskunde die bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. GRZ is tijdelijk, 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 zij niet of beperkt belastbaar kunnen revalideren, valt de zorg onder de DBC. 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. Wij vinden de inzet van ELV vóór en ná afloop van een GRZ-traject, bij dezelfde zorgvraag, dan ook geen passende oplossing. Deze mag u dan ook niet in rekening brengen.

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

Advance Care Planning (ACP)

Op het moment dat een verzekerde revalidatie nodig heeft, heeft er een incident plaatsgevonden, waardoor hij nieuwe vaardigheden moet aanleren. Uit onderzoek van ZonMw blijkt dat revalidanten weinig betrokken worden bij het algehele behandelplan. Het is van belang om tijdens de revalidatie gezamenlijk het revalidatieplan te bespreken en proactief te kijken naar de gevolgen. Door gedurende het proces de dialoog over de voortgang aan te gaan, kan er tijdig gekeken worden naar de effecten van de revalidatie. Daarnaast is het belangrijk dat patiënten tijdens de revalidatie leren omgaan met individuele hulpmiddelen en eventuele digitale ondersteuning. Dat bevordert de zelfredzaamheid om naar huis te gaan. 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.

Indien de patiënt in staat is om, met behulp van hulpmiddelen, weer naar huis te gaan, is het van belang dat er tijdig met hem gesproken wordt over de zorg in de thuissituatie. Een proefverlof kan bijdragen aan het tijdig naar huis gaan. U dient deze mogelijkheden te faciliteren. Wij verwachten dat een patiënt tijdig met proefverlof gaat, zodat duidelijk wordt welke vaardigheden hij nog moet aanleren om zo zelfredzaam mogelijk thuis te kunnen wonen. Daarnaast dienen zorgverleners die in de thuissituatie zorg verlenen tijdig - door overdracht - geïnformeerd te worden over de zorgvraag. Om dit te kunnen organiseren, dient u als zorgaanbieder ketenafspraken te maken met betrokken zorgprofessionals, waaronder in ieder geval huisartsen, thuiszorgorganisaties en het sociale domein. Deze afspraken legt u vast in een convenant.

Ambulantisering van de GRZ

Vanaf 2022 is het mogelijk om rechtstreeks vanuit huis opgenomen te worden op de geriatrie revalidatie, indien uit het geriatrisch assessment blijkt dat dit noodzakelijk is. Daarnaast zien we diverse pilots ontstaan betreffende de ambulantisering van de GRZ. Hierbij is het belangrijk dat het multidisciplinaire karakter van de zorg en doelmatige inzet van personeel in het kader van de arbeidsmarktproblematiek gewaarborgd blijft.

Bij wie koopt Menzis in?

Inkoopeisen

Voor alle bestaande en nieuwe zorgaanbieders, die gecontracteerd willen worden om in 2024 kortdurende zorg (geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg) te verlenen, 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 dat wat we opgenomen hebben in de bijlagen betekent dat wij met u geen overeenkomst aangaan voor 2024.

We gaan uit van de integriteit van de zorgaanbieders en controleren steekproefgewijs of zorgaanbieders voldoen aan de inkoopvoorwaarden. Daarvoor kunnen we bij u bewijsstukken 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).

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

Inkoopproces

We maken onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Een bestaande zorgaanbieder is een zorgaanbieder die in 2023 een overeenkomst GZSP, ELV en/of GRZ met ons heeft en die in de loop van 2023 niet is beëindigd. Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2023 geen overeenkomst GZSP, ELV en/of GRZ met ons hebben afgesloten.

Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders worden door ons benaderd voor een overeenkomst GZSP, ELV en/of GRZ 2024. U krijgt uiterlijk 30 september 2023 een éénjarige overeenkomst GZSP, ELV en/of GRZ voor 2024 aangeboden, onder voorbehoud dat u voldoet aan de gestelde minimum- en uitvoeringseisen.

Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich tot uiterlijk 1 juli 2023 inschrijven voor een éénjarige overeenkomst GZSP, ELV en/of GRZ 2024. Als nieuwe zorgaanbieder kunt u zich één keer per contractjaar inschrijven: voldoet u niet aan de voorwaarden om een overeenkomst te krijgen, dan is inschrijven voor een volgend contractjaar de eerst mogelijke optie. Bij aanmelding dient u alvast de naam van uw instelling, de AGB-code en de naam van de tekenbevoegde of gemachtigde (inclusief geüpload bewijs van machtiging, getekend door een tekenbevoegde bestuurder) te vermelden. Aanmelden als nieuwe zorgaanbieder kan door [het contactformulier op onze website](#) in te vullen.

Na aanmelding krijgt u een verzoek zich via VECOZO in te schrijven. Vanuit het online VECOZO-inkoopportaal vragen wij u een digitale vragenlijst in te vullen en een aantal bijlagen mee te leveren. De inschrijving bestaat voor starters uit een vragenlijst waarmee zowel voor verpleging en verzorging als voor kortdurende zorg kan worden ingeschreven. Als uit de beoordeling blijkt dat u voldoet aan de eisen voor de zorgsoort bieden wij u een overeenkomst aan.

Contracteerproces via VECOZO

We maken voor het digitale contracteerproces van zowel nieuwe als bestaande zorgaanbieders gebruik 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. Het portaal van VECOZO wordt door diverse zorgverzekeraars gebruikt. Doordat wij ook hierop aansluiten, biedt het zorgaanbieders steeds meer de mogelijkheid om het contracteerproces (digitaal aanvragen, beoordelen en afsluiten van contracten) eenduidig via één partij (VECOZO) te laten verlopen. Om een overeenkomst te kunnen krijgen, moet u in bezit zijn van een VECOZO-certificaat. Dit certificaat kunt u aanvragen bij VECOZO. Meer informatie vindt u op de [website van VECOZO](#). U moet rekening houden met een termijn van zes weken om het certificaat te krijgen. 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.

Verschillende fasen van zorginkoop en planning

Op 12 november 2023 start de periode waar mensen zich kunnen oriënteren op hun zorgverzekering voor 2024. Op onze website staat vanaf dat moment een overzicht met gecontracteerde zorgaanbieders voor 2024. Om onze nieuwe en bestaande klanten op tijd duidelijkheid te geven willen we het contracteerproces uiterlijk op 1 november afronden. In uitzonderlijke gevallen kan het zijn dat deze planning nog wijzigt. Als dit het geval is publiceren wij een aangepaste planning op dezelfde wijze waarop dit beleid is gepubliceerd. Het tijdspad van de beleidsontwikkeling en contractering 2024 ziet er als volgt uit:

Publicatie zorginkoopbeleid 2023	1 april 2023
Aanmelden nieuwe zorgaanbieders	Tot 1 juli 2023
Inschrijfperiode voor nieuwe zorgaanbieders	medio juli 2023 – 1 sept. 2023
Openstellen contracteerproces VECOZO voor bestaande contractanten	Vanaf medio sept. 2023
Verzenden overeenkomst 2024 aan zorgaanbieder door Menzis	1 oktober 2023
Uiterste datum overeenkomst ondertekend retour ontvangen bij Menzis	1 november 2023
Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	12 november 2023

Aanvullende zorginkoop

De verwachting is dat we gedurende de looptijd van het zorginkoopbeleid geen aanvullende zorginkoop hoeven te doen. Als dit wel het geval blijkt te zijn, bijvoorbeeld doordat budgetplafonds overschreden dreigen te worden, zal dit plaatsvinden na tijdige aanvraag en onder dezelfde condities en voorwaarden als het regulier inkoopbeleid. Indien het aanvullende inkoopbeleid wijzigt, publiceren we dit op dezelfde wijze als het reguliere inkoopbeleid. Namelijk met een bericht op onze website voor zorgaanbieders en een e-mail nieuwsbrief naar de zorgaanbieder.

Bereikbaarheid

Wij streven ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders te ontsluiten via [onze website](#). Hier vindt u actuele informatie en antwoorden op veel gestelde vragen over het inkopen van zorg, declareren en machtigingen.

Heeft u de informatie online niet gevonden?

- Neem dan contact met ons op via het [online contactformulier](#);
- Of kijk op [onze website](#) wanneer wij telefonisch bereikbaar zijn.

Uiteraard kunt u uw vragen ook stellen aan uw contactpersoon bij Menzis.

Inspraak verzekerden

Op 1 januari 2021 is de Wet verzekerdeninvloed Zorgverzekeringswet in werking getreden. Wij hebben met onze Ledenraad het Inspraakreglement Verzekerden opgesteld. Hierin is vastgelegd op welke wijze, over welke onderwerpen en via welke kanalen wij onze verzekerden inspraak bieden. In dat kader bespreken we met de Ledenraad relevante thema's rond zorginkoopbeleid. Voor het zorginkoopbeleid 2024 hebben we onder andere met elkaar gesproken over duurzaamheid en toegankelijkheid van zorg. Het uitgebreide verslag hiervan kunt u vinden op onze [website](#).



Bijlagen

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 2024;
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 2024 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. Wanneer dat toch het geval is, of een maatregel dreigt dan informeert de zorgaanbieder de zorgverzekeraar daaromtrent actief en vindt overleg plaats. Menzis behoudt zich alsdan het recht voor geen overeenkomst aan te bieden;
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 meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;

12. 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;
13. De zorgaanbieder heeft alle vorderingen die Menzis op hem heeft voldaan binnen de daarvoor gestelde betaaltermijnen;
14. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de meest actuele Zorgbrede Governancecode ingevoerd (bij rechtspersonen);
15. De zorgaanbieder beschikt over een meervoudig toezicht welke is vastgelegd in de statuten en het handelsregister (bij rechtspersonen);
16. De zorgaanbieder heeft regionaal ketenafspraken gemaakt en neemt deel aan een multidisciplinaire overlegstructuur. In deze structuur worden ten minste (werk)afspraken gemaakt over wachttijden, informatievoorziening richting de patiënt en tussen ketenpartners, triage, casuïstiek én er wordt informatie uitgewisseld over de inhoud en borging van de zorgpaden per doelgroep. De verschillende deelnemende partijen die zich aan die ketenafspraken gecommitteerd hebben staan in de werkaafspraken genoemd. We verwachten dat deze inhoudelijke werkaafspraken in een regionaal convenant tussen partijen zijn vastgelegd en dat wordt weergegeven op welke wijze verwijzingen en triage plaatsvinden en hoe informatie over wijzigingen in de advance care planning met de betrokken zorgprofessionals gedeeld wordt;
17. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is alsmede gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). Hij verantwoordt zich hierover in het jaardocument.

Minimumeisen specifiek voor de GZSP

1. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar een vaste werkrelatie met een BIG-geregistreeerde specialist ouderengeneeskunde en/of arts verstandelijk gehandicapten alsmede de gedragswetenschapper. Wanneer de zorgaanbieder een vaste werkrelatie met een BIG-geregistreeerde 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-geregistreeerde 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;
2. De Specialist ouderengeneeskundige moet werkzaam zijn bij een instelling die 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 arts 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 de GRZ

1. De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de zorgaanspraak geriatrische revalidatiezorg (Zvw) valt;
2. De zorgaanbieder heeft de juiste deskundigheid op het terrein van GRZ. Om invulling aan deze deskundigheid te geven, heeft de zorgaanbieder:
 - a. een gespecialiseerde afdeling voor GRZ;

- b. 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;
 - c. 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;
3. De minimeis voor Menzis om een zorgaanbieder een contract aan te bieden voor het leveren van zorg per specifieke diagnosegroep per locatie is:
- a. Electieve orthopedie samen met trauma: minimaal 75 patiënten per jaar;
 - b. CVA: minimaal 50 patiënten per jaar;
 - c. Amputatie: geen minimum en
 - d. 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 ACP 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 ACP 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

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 activiteiten van de behandeling op de groep moeten omschreven staan in het individueel behandelplan, waarbij de dagdelen voor minimaal 50% bestaan uit activiteiten die bijdragen aan het behandeldoel;

3. Op het moment dat de specialist ouderengeneeskundige het geriatrisch assessment bij de verzekerde wil uitvoeren is het van belang dat de instelling ook geriatrische revalidatiezorg aanbiedt;
4. De zorgaanbieder borgt de continuïteit van zorg. Binnen kantoortijden is de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten beschikbaar voor consulten. Daarnaast is 24-uursbereikbaarheid van hem toetsbaar geborgd en kan deze, daar waar nodig, gedurende deze bereikbaarheid een specialist ouderengeneeskunde en/of arts verstandelijk gehandicapten oproepen en/of raadplegen;
5. 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;
6. De zorgaanbieder conformeert zich aan de 'Uitgangspunten zorg in een groep' en 'Uitgangspunten individuele prestaties', zoals deze zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland;
7. Indien er meer dan 100 behandelingen groep (prestatiecode A1004) aan een kwetsbare oudere geboden gaat worden, dient vooraf een machtiging aangevraagd te worden;
8. 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;
9. 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 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;
3. De zorgaanbieder heeft de 'CO2-reductie routekaart' ontwikkeld en heeft de routekaart vóór 1 januari 2024 ingediend bij de EVZ (Expertisecentrum verduurzaming zorg).

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, IKNL/Palliatief, 2017;
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 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 ACP een standaard onderdeel is van het gesprek;
5. Wij verwachten van zorgaanbieders dat verzekerden tijdig met proefverlof gaan, zodat inzichtelijk wordt welke vaardigheden de verzekerde nog moet aanleren om zo zelfredzaam mogelijk thuis te wonen;
6. 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;
7. De zorgaanbieder biedt minimaal 6 dagen per week, maandag tot en met zaterdag, opname-mogelijkheid en behandeling voor GRZ;
8. Om de deskundigheid van deze specialistische zorg te waarborgen dienen de zorgaanbieders een specialist ouderengeneeskundige in dienst te hebben die de kaderopleiding geriatrische revalidatiezorg heeft voltooid of in opleiding is;
9. De zorgaanbieder heeft de 'CO2-reductie routekaart' ontwikkeld en heeft de routekaart vóór 1 januari 2024 ingediend bij de EVZ (Expertisecentrum verduurzaming zorg).

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 geriatrische 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;

Bijlage 3. Regionale Coördinatiefunctie Verblijf

De regionale coördinatiefunctie (RCF) moet erin voorzien dat spoedig doorplaatsing naar de juiste zorg mogelijk is en dat de verwijzer één centraal aanspreekpunt heeft om inzicht te krijgen in de beschikbare plekken in de regio.

Functionaliteiten van regionale coördinatiefuncties

Ondanks regionale verschillen, moeten alle RCF's beschikken over een minimum set aan functionaliteiten vastgesteld door ActiZ en ZN. Met de beschrijving van deze functionaliteiten wordt transparant en uniform wat de taken van RCF's zijn. Een RCF omvat in ieder geval de volgende vier functionaliteiten:

1. Triage
2. 24/7 bereikbaar & inzicht in regionale beschikbaarheid
3. Monitoring & evaluatie van de coördinatiefunctie
4. Kwaliteit- & effectmeting van de coördinatiefunctie

Doorontwikkeling van de regionale coördinatiefunctie

In 2024 blijven we actief inzetten op het verder verbeteren en uitbreiden van de CF binnen onze regio's. Dit doen we aan de hand van inhoudelijke uitgangspunten zoals landelijk opgesteld. Zo verwachten wij de koppeling met andere zorgsoorten dan ELV en GRZ, voor een volledig beeld van de capaciteit in de regio. Voorbeelden zijn crisiszorg in de WLZ, logeeropvang, spoedzorg en respijtzorg. De CF is daarmee aan algemeen bekend begrip in de regio en is te vinden door verschillende zorgaanbieders. Daarnaast stimuleren we RCF's om de digitale mogelijkheden verder te onderzoeken en hierover kennis te delen met andere RCF's, zodat de processen geoptimaliseerd kunnen worden en leiden tot snellere plaatsing van patiënten.

Menzis sluit aan bij de landelijke gesprekken over de gewenste doorontwikkeling van de RCF op inhoudelijke uitgangspunten, zodat we meer uniformiteit creëren in de uitvoering.

Monitor ter evaluatie van de coördinatiefunctie

Om het functioneren van een RCF in beeld te brengen, wordt de landelijk ontwikkelde monitor per kwartaal uitgevraagd. Hierin wordt onder andere gevraagd naar het aantal en soort bemiddelingen, het aantal samenwerkingspartners en verwijzers in de regio. Op deze manier kan de complexiteit van de regio voor een CF worden vastgesteld. Voor 2024 pakken we het monitoren van RCF's verder op om tot een meer uniforme uitvoering te komen.

Dit doen we gezamenlijk met andere zorgverzekeraars, zodat landelijk meer transparantie ontstaat over de uitvoering van RCF's en deze van elkaar kunnen leren.

Contractering van de regionale coördinatiefunctie

Binnen onze regio's maken wij afspraken met de ELV-gecontracteerde zorgaanbieders voor de uitvoering van de RCF. In sommige gevallen maken we daarover afspraken met een partij die geen aanbieder ELV zijn, maar wel een centrale functie in de regio hebben. Contractering loopt dan middels een kassier, een partij die wel ELV-gecontracteerd is. Afhankelijk van de regionale situatie worden aanvullende afspraken gemaakt.

Zorgaanbieders die reeds gecontracteerd zijn voor de uitvoering van de RCF zullen een nieuw voorstel ontvangen voor het jaar 2024. We zullen geen nieuwe partijen contracteren tenzij de situatie daar om vraagt, dit is ter beoordeling van Menzis.

De uitgangspunten voor contractering zijn:

- Voor de uitvoering van de CF verblijf in onze regio's worden aparte afspraken gemaakt. Afspraken worden contractueel vastgelegd in een addendum;
- Financiële afspraken worden gemaakt op basis van onze marktaandelen in regio's en zijn uitsluitend voor onze verzekerden;
- Uitvoerders van CF buiten onze eigen regio's dienen, bij goedkeuring door de preferente verzekeraar, een volgverzoek in. Menzis handelt congruent met betrekking tot de afspraken die tussen de preferente zorgverzekeraar en de uitvoerder zijn gemaakt.

De minimumeisen zijn:

- De zorgaanbieder, berust met de uitvoering van de RCF, heeft een overeenkomst eerstelijnsverblijf voor het jaar 2024;
- 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.

Ontwikkeling van het financieel beleid

Menzis maakt met de uitvoerende partijen van de CF binnen haar eigen regio's afspraken over de financiering van CF voor zover het betrekking heeft op de Zvw-zorg. Voor elke CF en de daaraan gelieerde regio's stelt Menzis in samenspraak met de aanbieder een budget vast. Het budget stellen we vast voor de periode van 1 jaar. Richting het contracteringsjaar 2024 zullen we het budget voor het jaar 2024 vaststellen. Daar waar verbreding is naar andere zorgsoorten buiten de Zvw, dienen uitvoerende partijen afzonderlijke afspraken te maken over de financiering.

Met andere zorgverzekeraars wordt er in ZN-verband gewerkt aan de uniformering en onderbouwing van de financiering van een RCF, op basis van regionale inhoudelijke verschillen. Denk hierbij aan het aantal samenwerkingspartner en verwijzers in de regio, wat het verschil in complexiteit van RCF en daarmee in de financiering teweeg kan brengen. In 2023 zijn we gestart met deze ontwikkeling. Voor 2024 zullen we dit verder ontwikkelen en optimaliseren, zodat we dit congruent in alle regio's kunnen toepassen.