



Zorginkoopbeleid Medisch Specialistische Zorg 2025

Transformeren naar duurzaam
toegankelijke en betaalbare zorg.

Inhoud

Voorwoord	4
Wijzigingen na publicatie	5
Wijzigingen in 2025	5
Wat willen we bereiken binnen de MSZ?	7
Wat koopt Menzis in?	7
Regionale zorginkoop	7
Toegankelijkheid, zorg binnen de geldende wachttijdnorm (Treeknorm)	7
Passende zorg	8
Duurzaamheid	10
Zorgcoördinatie	11
Transformatiemiddelen	11
Dure geneesmiddelen (DGM)	12
Medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ)	12
Complex chronische longaandoeningen (CCL)	12
Eerstelijnsdiagnostiek (ELD)	13
Kwaliteitsbeleid bij zorginkoop	13
Innovatief zorgaanbod	13
Bij wie koopt Menzis in?	13
Inkoop Eisen	13
Nieuwe zorgaanbieders	13
Duur van de afspraak	14
Financiering	14
Procedure aanvullende zorginkoop	14
Financiële afspraken buiten de reguliere bekostiging	14
Controle en sancties	15
Inkoopproces	17
Planning van de zorginkoop	17
Voorwaarden voor contractering	18
Geen overeenkomst	18
Nieuwe locaties gecontracteerde zorgaanbieder	18

Planning digitale contractering ZBC's	18
Bereikbaarheid	19
Inspraak verzekerden en zorgaanbieders	19
Coöperatie Menzis	19
Bijlage 1 Minimumeisen	21
Minimumeisen kwaliteit	21
Aanvullende minimumeisen specifiek voor ZBC's	22
Aanvullende minimumeisen specifiek voor (interdisciplinaire) MSRZ	22
Aanvullende minimumeisen specifiek voor audiologie	23
Aanvullende minimumeisen specifiek voor nieuwe zorgaanbieders (in 2024 geen contract met Menzis zoals bedoeld in dit ZIB)	23
Bijlage 2 Uitvoeringseisen	24
Uitvoeringseisen voor alle zorgaanbieders	24
Uitvoeringseisen specifiek voor revalidatie ZBC's	24
Bijlage 3 Controle en sanctiebeleid	25
Bijlage 4 Meldingsplicht Mensgebonden Onderzoek	26

Voorwoord

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

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

Samenwerking is cruciaal

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

We willen dat steeds meer zorg dicht bij de patiënt en in de thuissituatie 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 na publicatie

Oktober 2024:

Voor de planning digitale contractering ZBC's geldt dat voor de aanbieders met wie we voor het jaar 2024 al digitaal een contract hebben afgesloten, deze zorgaanbieders uiterlijk 8 oktober 2024 via VECOZO een financieel voorstel krijgen om digitaal een overeenkomst met ons af te sluiten. Deze zorgaanbieders hebben tot 5 november 2024 om dit voorstel te accepteren.

Wijzigingen in 2025

Hieronder vindt u de aanpassingen ten opzichte van het vorige zorginkoopbeleid medisch specialistische zorg (hierna: MSZ) inclusief verwijzingen naar meer informatie. In de bijlagen vindt u een overzicht van de (gewijzigde) minimeisen voor het verkrijgen van een overeenkomst en ook een overzicht van de uitvoeringseisen.

Onderwerp	Wijziging	Meer info
Toegankelijkheid van Zorg	Aangescherpte eisen rondom toegankelijkheid en wachttijden, inclusief aanvullende eisen voor 2024 en specifieke deadlines voor aanleveren informatie voor zorgaanbieders Menzis kernregio's.	Pagina 7
Zorgcoördinatie	Toevoeging paragraaf over zorgcoördinatie	Pagina 11
Complex chronische longaandoeningen (CCL)	Toevoeging paragraaf CCL, waarin we hebben aangegeven waar zorgaanbieders aan moeten voldoen.	Pagina 12
Eerstelijnsdiagnostiek	In deze paragraaf verwijzen we naar het beleid omtrent Eerstelijnsdiagnostiek. Deze publiceren we in een apart zorginkoopbeleid.	Pagina 13
Kwaliteitsbeleid bij zorginkoop	We verduidelijken het kwaliteitsbeleid nog verder in deze paragraaf.	Pagina 13
Minimeis 14	Nieuwe minimeis die erop toeziet dat bij nieuwe zorg, locaties of nieuwe specialismen bij zowel eerder gecontracteerde als nieuwe zorgaanbieders alleen wordt gecontracteerd wanneer deze past binnen de regioplannen van de desbetreffende regio en een meerwaarde biedt op het gebied van concurrentie en klanttevredenheid, en dat wij en de zorgaanbieder hierover in gesprek gaan.	Bijlage 1
Aanvullende minimeis 6 specifiek voor ZBC's	Toevoeging aan minimeis 6 dat het hier gaat om de ondertekening door de raden van bestuur van de betrokken partijen	Bijlage 1

Aanvullende minimumeis 7 specifiek voor ZBC's	Nieuwe minimumeis specifiek voor ZBC's die toeziet op de 24/7 bereikbaarheid van een medisch specialist en dat deze medisch specialist bij spoed binnen een uur een patiënt moet zien.	Bijlage 1
Aanvullende minimumeis 8 specifiek voor ZBC's	Deze minimumeis hebben we tekstueel verduidelijkt met heldere kaders en verplaatst naar de minimumeisen specifiek voor ZBC's, omdat deze minimumeis geldt voor alle ZBC's, niet alleen voor nieuwe zorgaanbieders.	Bijlage 1
Aanvullende minimumeis 7 specifiek voor (interdisciplinaire) medisch specialistische revalidatie	Deze nieuwe minimumeis ziet toe op het maximaal aantal bij de zorgaanbieder werkzame physician assistants (PA) / verpleegkundig specialisten (VS) revalidatiegeneeskunde in relatie tot de revalidatieartsen.	Bijlage 1
Aanvullende minimumeis 8 specifiek voor (interdisciplinaire) medisch specialistische revalidatie	De voormalige uitvoeringseis 'De revalidatieartsen zijn minimaal één dagdeel per week fysiek in persoon gelijktijdig – op dezelfde locatie – aanwezig voor onder andere overdracht en collegiaal overleg' is vanaf 2025 een minimumeis geworden.	Bijlage 1
Aanvullende minimumeis 1 specifiek voor nieuwe zorgaanbieders	Aanpassing van deze minimumeis vermeldt dat deze zorgaanbieder drie jaar volwaardig in bedrijf is in verband met de continuïteit van de zorgaanbieder.	Bijlage 1
Uitvoeringseis 11	De nieuwe uitvoeringseis ziet erop toe dat wij een plan verwachten voor welke zorgpaden monitoring en ondersteuning wordt ingekocht bij een zorg medisch servicecentrum.	Bijlage 2
Uitvoeringseis 12	Deze nieuwe uitvoeringseis geeft aan dat de zorgaanbieder deelneemt aan de programma's, zoals genoemd in het uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling.	Bijlage 2
Aanvullende uitvoeringseis specifiek voor revalidatie ZBC's	Toevoeging uitvoeringseis, speciaal voor MSRZ ZBC's, dat een revalidatiearts minimaal één dagdeel per week fysiek in persoon op locatie aanwezig is, terwijl tegelijkertijd het behandelteam van de desbetreffende locatie aanwezig is.	Bijlage 2

Wat willen we bereiken binnen de MSZ?

Bij Coöperatie Menzis streven we naar tijdige, juiste en kwalitatief goede zorg voor onze verzekerden. Binnen de MSZ staat vooral de tijdige toegang fors onder druk. Om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren en duurzaam te garanderen, moeten er structurele veranderingen plaatsvinden in de manier waarop de zorg wordt georganiseerd en geleverd. De MSZ wordt in het kader van zorgtransformatie alleen ingezet indien lichtere vormen van zorg echt niet mogelijk zijn. Hierbij is stepped care van belang. MSZ wordt ingezet wanneer deze meerwaarde heeft. Alleen tweedelijnszorg daar waar nodig en alleen wanneer dat niet voldoende blijkt, derdelijnszorg.

Wanneer MSZ cruciaal is, zorgen wij dat deze beschikbaar en toegankelijk is en blijft. Hierbij onderschrijven we de principes van passende zorg. Voor de MSZ betekent dit dat geleverde zorg doelmatig en gepast wordt ingezet, waar mogelijk digitaal en altijd in samenspraak met de patiënt. Regionaal verwachten we samenwerking van de betrokken partijen om regionale knelpunten op te lossen en zorg te leveren op de juiste plek.

In de volgende paragrafen lichten we toe op welke wijze we dit met u willen vormgeven. We gaan onder andere dieper in op wat wij inkopen en hoe wij passende zorg willen vormgeven in de MSZ voor 2025.

Wat koopt Menzis in?

Regionale zorginkoop

Bij Coöperatie Menzis zien wij regionale samenwerking als een belangrijke manier om de gestelde doelen uit het Integraal Zorgakkoord (hierna: IZA) te realiseren. Passende zorg¹ is ook de Juiste Zorg op de Juiste Plek en dit vraagt om samenwerking tussen alle IZA-partijen. De regionale knelpunten die beschreven staan in de regiobeelden, regioplannen en ROAZ-plannen zullen wij samen met u oppakken. Wij verwachten hierbij dat u zich conformeert aan de plannen in uw regio. Wij nemen onze verantwoordelijkheid voor het verbeteren van de toegankelijkheid door samenwerking te stimuleren tussen u en andere zorgaanbieders, zowel binnen de MSZ als over de zorgsoorten heen, en door afspraken te maken in onze overeenkomst met u en met andere zorgaanbieders over het verlagen van de wachttijden.

Toegankelijkheid, zorg binnen de geldende wachttijdnorm (Treeknorm)

De toegankelijkheid van de zorg staat onder druk. Dit heeft enerzijds te maken met het personeelstekort in de zorg en anderzijds is er sprake van een toenemende zorgvraag. Als het gaat om het duurzaam toegankelijk houden van de zorg wil Menzis doeltreffend optreden om wachttijden te verkorten. Menzis wil er in 2025 samen met u en zo nodig andere stakeholders in de regio op aansturen dat verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben binnen de geldende wachttijdnorm.

Met u hebben we afgesproken dat in 2024 de wachttijden binnen de eigen organisatie geïnventariseerd en gemonitord zullen worden; met de aanbieders in de Menzis kernregio's zullen wij samen de gesignaleerde knelpunten en de te nemen maatregelen in 2024 periodiek bespreken en evalueren. In 2025 wil Menzis deze afspraken verder intensiveren en samen met u optrekken als het gaat om de aanpak van de wachttijden. Hiervoor willen we concrete

¹ Passende zorg is effectief, waardegedreven, komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, vindt plaats op de juiste plek en gaat om gezondheid in plaats van ziekte. Passende zorg heeft oog voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we staan. In de paragraaf betreffende passende zorg geven we aan hoe we passende zorg binnen de MSZ willen vormgeven.

resultaatsafspraken (maatwerkafspraken) met u maken over de levering van zorg binnen de geldende wachttijdnormen. Om samen met u het terugdringen van de wachttijden aan te kunnen pakken, vraagt Menzis in de aanloop naar 2025 het volgende van de zorgaanbieders in de Menzis kernregio's:

- Inventarisatie: uiterlijk op 1 juli 2024 inventariseert u de wachttijden per specialisme (conform de aanleveringslijst van de NZa) en stelt u samen met Menzis per specialisme de verwachting vast of en in hoeverre de zorg binnen dit specialisme per 1 januari 2025 buiten de betreffende wachttijdnorm geleverd zal worden;
- Plan van aanpak: naar aanleiding van de Inventarisatie spreekt Menzis samen met u een plan van aanpak af dat tot doel heeft dat verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben binnen de geldende wachttijdnorm. In juni 2024 stuurt Menzis u een format toe aan de hand waarvan u een plan van aanpak kunt maken. Menzis is beschikbaar voor overleg daarover. Uiterlijk op 1 oktober 2024 levert u het plan van aanpak bij Menzis aan. Uit het plan van aanpak moet concreet blijken hoe de wachttijden in 2025 teruggedrongen zullen worden, dan wel per wanneer het betreffende specialisme aan de wachttijdnorm zal voldoen. In oktober 2024 bespreekt Menzis met u de inhoud van het plan van aanpak en indien nodig passen wij dit plan van aanpak samen met u aan. Vervolgens zullen wij concrete resultaatsafspraken met u maken die uitgaan van het plan van aanpak. In 2025 monitoren en evalueren wij samen met u de voortgang van het plan van aanpak en de gemaakte afspraken. Waar nodig stuurt Menzis in 2025 bij.

Menzis verwacht van u dat u in 2025 maandelijks inzage geeft in de wachttijden per specialisme specifiek voor de Menzis verzekerden. Ook verwachten wij van u transparantie over uw wachttijden naar onze verzekerden en andere zorgaanbieders, onder andere door het correct en tijdig aanleveren van gegevens over wachttijden en wachtenden bij de NZa. Daarnaast wijst u onze verzekerden actief op de mogelijkheid tot zorgbemiddeling via onze afdeling Zorgadvies als er sprake is van een wachtlijst. U benut uw capaciteit als zorgaanbieder optimaal en werkt actief mee aan regionale oplossingen, ook als dit betekent dat het verplaatsen van zorg tussen zorgaanbieders nodig is.

Passende zorg

Hieronder benoemen we hoe we passende zorg binnen de MSZ voor 2025 willen vormgeven. Wij bespreken onder meer gepast gebruik, Samen Beslissen, digitalisering en gegevensuitwisseling.

Gepast gebruik

Om tot gepast gebruik te komen, is het van belang om bewezen effectieve zorg te implementeren, bewezen niet-effectieve zorg te stoppen en om daar waar de effectiviteit nog onvoldoende bekend is, dit te evalueren. Binnen het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) zetten we gezamenlijk goede stappen om gepast gebruik te stimuleren en realiseren. Toch zien we vanuit Menzis dat er op alle onderdelen van de cirkel van gepast gebruik versnelling nodig is. Daarom gaan we met u in gesprek over het aantal zorgevaluaties waar u aan deelneemt en hoe de inclusies daarin verlopen. Daarin horen we graag wat de eventuele belemmeringen zijn en hoe we die gezamenlijk kunnen aanpakken. Ten aanzien van implementatie verwachten wij dat u een continu proces heeft ingericht om de onderwerpen op de implementatieagenda tijdig te implementeren. Jaarlijks bespreken we met zorgaanbieders waar wij marktleider zijn het implementatieplan en wat de status is van het inrichten van uw continu proces voor gepast gebruik. Naast de beschikbare Uniforme Data Definities (UDD) zullen wij op basis van eigen benchmarks en spiegelinformatie toetsen of er bij u sprake is van gepast gebruik. Daarnaast willen we, waar mogelijk, de komende jaren doelmatigheidstrajecten opstarten, dan wel verlengen, om in 2025 volgende stappen te zetten in relatie tot de beoogde zorgtransformatie.

Proactieve Zorgplanning en Samen Beslissen

Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (2017) beschrijft proactieve zorgplanning (PZP, voorheen Advance Care planning (ACP)) als volgt: Proactieve zorgplanning is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken

over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. In het IZA wordt de ambitie uitgesproken dat patiënten 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. Het vooraf en continu goed doorspreken van wensen, behoeften en onzekerheden van de patiënt en alle betrokkenen over de toekomstige levensdoelen en keuzes met de regiebehandelaar. Vanuit Menzis zien we dit onderdeel van PZP als een traject dat plaatsvindt in de eerstelijns. Wij vinden dat zorg waarde moet toevoegen voor onze verzekerden. Daarom is het nodig dat verzekerden een belangrijkere rol hebben bij de beslissingen over de zorg die zij ontvangen. Samen Beslissen zien wij dan ook als onderdeel van het reguliere consult of behandelgesprek, waarin met de patiënt in dialoog de behandelwensen en -mogelijkheden worden afgestemd. Wij verwachten dat zorgverleners met al hun patiënten Samen Beslissen toepassen in de spreekkamer op basis van het gebruik van uitkomstinformatie. Hiervoor zijn keuzehulpen beschikbaar.

Digitalisering

‘Zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan’, en altijd in overleg tussen de patiënt en de zorgprofessional. Wij staan achter de ambitie zoals is verwoord in onder meer het IZA en door [Zorgverzekeraars Nederland](#), dat eind 2026 van alle zorgpaden die geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg 70% digitaal of hybride beschikbaar komt. Tevens wordt gestreefd dat minimaal 50% van de patiëntenpopulatie deze gehybridiseerde zorgpaden gebruikt. Zorgsectoren onderzoeken hierbij samen welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg. Om deze ambitie te bereiken, spreken we voor 2025 graag het volgende met u af:

- In 2024 heeft u in kaart gebracht welke zorg u vanaf 2025 hybride of digitaal gaat leveren en welke fysieke zorg wordt afgeschaald;
- Voor tenminste 40% van de daartoe geschikte zorgpaden heeft u een hybride en/of digitaal zorgpad of zorgproces uitgetekend en in gebruik. Bij voorkeur gebruikt u hiervoor de in het landelijke platform Digizo.nu (opvolger van het Kenniscentrum Digitale Zorg) gevalideerde oplossingen;
- Minimaal 35% van de geschikte populatie includeert u in het hybride of digitale zorgpad;
- Om goede kwaliteit en efficiënte inzet van zorgprofessionals te realiseren, inventariseert u welke onderdelen van de zorgpaden (en zorgprocessen) u kunt uitbesteden aan een zorg & medisch/verpleegkundig servicecenter, die voor het leveren van digitale zorg en diensten de mogelijkheid heeft om transmurale te werken. Daarom verwachten wij dat u uiterlijk 31 oktober 2025 bij ons een plan aanlevert hoe u deze transitie in 2026 maakt.

De ambitie is om eind 2026 70% van alle zorgpaden, die geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg, ook daadwerkelijk hybride operationeel te hebben. In deze zorgpaden dient u 50% van de patiënten te includeren. Hiervoor is elektronische gegevensuitwisseling wel een essentiële randvoorwaarde.

Gegevensuitwisseling

Gegevensuitwisseling is onder meer belangrijk voor de bevordering van kwaliteit, veiligheid en gepast gebruik. Om gegevens goed uit te kunnen wisselen, moeten deze goed beschikbaar, bereikbaar en herbruikbaar zijn voor het primaire zorgproces en secundaire doeleinden. Dit ondersteunt andere zorgverleners in het netwerk van de patiënt en de patiënt zelf via een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO). We werken samen aan het signaleren en wegnemen van knelpunten om ervoor te zorgen dat elektronische gegevensuitwisseling de standaard wordt als stap richting bredere databeschikbaarheid in de zorg. Gegevensuitwisseling hoort te lopen via de landelijke standaarden en afspraken in afstemming met de regionale transmurale partners.

Duurzaamheid

Gezamenlijk inkoopbeleid verduurzaming van alle zorgverzekeraars

Samen met de andere zorgverzekeraars vinden wij bij Menzis 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 t.a.v. aangaande de verduurzaming van de zorg opgesteld op basis van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0).²

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 (voor zover beschikbaar) en hoe die zich verhouden tot de doelen en ambities van de 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 fte.³

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

Specifiek voor de MSZ

We verwachten van zorgaanbieders MSZ dat ze zich committeren aan de acties uit de uitvoeringsplannen van de GDDZ 3.0 van respectievelijk de NVZ en NFU.⁴ Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider-zorgverzekeraar, gaan met ziekenhuizen in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit de uitvoeringsplannen van de NVZ/NFU.⁵

² [Green Deal Samen werken aan duurzame zorg \(Green Deal 3.0\)](#)

³ [RVO inzake rapportage werkgebonden personenmobiliteit; MPZ inzake wetgeving werkgebonden personenmobiliteit](#)

⁴ Het uitvoeringsplan van de NFU is te vinden op de [website van de NFU](#)

⁵ De beoogde (kwantitatieve) resultaten t.a.v. verduurzaming die in de focuspunten zijn opgenomen, zijn 1 op 1 overgenomen uit de GDDZ 3.0.

- De voortgang in het verlagen van de CO₂-uitstoot conform de CO₂-routekaart van de instelling gericht op het behalen van de doelstelling van een verlaging van de CO₂-uitstoot met 30% in 2026 ten opzichte van 2018;
- In kaart brengen van afvalstromen en verminderen van het ongesorteerd restafval met minimaal 25% in 2026, toewerkend naar maximaal 25% ongesorteerd restafval in 2030;
- Aantoonbaar uitvoering geven aan het eigen plan van aanpak voor het terugdringen van medicijnverspilling en overtollig medicijngebruik (mede) op basis van door de NVZ en NFU⁶ geselecteerde bewezen effectieve interventies;
- Vervangen van disposables door reusables of door disposables van hernieuwbare grondstoffen voor minimaal 20% van de gebruikte hulpmiddelen in 2026;
- Transitie naar meer plantaardige eiwitten in de voeding voor patiënten/cliënten/ medewerkers gericht op de verhouding 50/50 voor wat betreft dierlijk/plantaardig in 2026.⁷

Waar mogelijk ondersteunen we u met kennis en tools, zoals voorbeelden van groene initiatieven die al bij enkele ziekenhuizen geïmplementeerd zijn, bewezen impact hebben op duurzaamheid en kostenbesparend of kostenneutraal zijn. Ondersteuning bij de verduurzaming van uw organisatie is onder meer te vinden in het 'Draaiboek Duurzame Mobiliteit voor intramurale zorginstellingen' van het Milieu Platform Zorgsector.

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. Door het regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren, kan zorgcoördinatie op deze manier bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in Nederland. Voor patiënten blijft de toegang tot acute zorg overzichtelijk.

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

Transformatiemiddelen

Het is van cruciaal belang om samen te werken binnen de regio om de transformatie van de zorg te realiseren. 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 sectoroverschrijdend zijn, willen we meedenken over hoe dit aansluit bij de regionale ontwikkeling op basis van regioplannen. Daarnaast kunnen we adviseren of voor deze transformaties de transformatiegelden ingezet kunnen worden.

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

⁶ De werkgroep medicijnen van de NVZ en de werkgroep thema 5 van de NFU.

⁷ Binnen de kaders van hetgeen medisch verantwoord mogelijk is.

Dure geneesmiddelen (DGM)

DGM kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling van patiënten. De snel stijgende kosten van DGM leggen echter toenemende druk op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Wij hanteren een actief prijsbeleid en stimuleren het doelmatig en gepast gebruik van DGM om de toegang tot DGM voor onze verzekerden te waarborgen. Het streven is om het juiste geneesmiddel op het juiste moment en tegen een passende prijs beschikbaar te stellen, met als leidraad optimale toegankelijkheid van DGM binnen de budgettaire kaders. Ons zorginkoopbeleid steunt hierbij op de volgende kernwaarden:

Betaalbaarheid van DGM

We sturen op betaalbaarheid van DGM door middel van het DGM-prijsbeleid. Ons beleid heeft als voornaamste doel om DGM-prijzen zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de daadwerkelijke kosten. Hierbij houden we op totaalniveau rekening met DGM-kosten, met specifieke aandacht voor gepast gebruik en het optimaliseren van de inzet en het gebruik van diverse (biosimilar) geneesmiddelen. We zetten ons beleid voort om DGM te bekostigen op basis van nacalculatie met afspraken over shared savings. Daarnaast kunnen we met u aanvullende plafondaafspraken maken om de groei van DGM te beheersen. We blijven toewerken naar meer transparantie en samenwerking met betrekking tot DGM-prijzen. In 2025 blijven we ons ook actief inzetten op innovatieve bekostigingsmodellen die bijdragen aan optimale inkoop en het gepast gebruik van DGM.

Gepast en doelmatig gebruik DGM

Bevordering van gepast en doelmatig gebruik blijft in 2025 een belangrijk speerpunt binnen het Menzis DGM inkoopbeleid. We verwachten dat u zich actief inzet op onderwerpen als spillagereductie, dosisoptimalisatie, optimaliseren van behandelduur en implementatie van gepast gebruik protocollen. Op basis van benchmarks en beschikbare spiegelinformatie kunnen wij toetsen of er sprake is van gepast gebruik en, indien nodig, hierover met u in gesprek gaan. Bij de contractering van nieuw toegelaten DGM en/of indicaties met een aanzienlijke financiële impact kunnen wij aanvullende doelmatigheidsvoorwaarden stellen.

Duurzame toegankelijkheid van DGM

Om duurzame toegankelijkheid te waarborgen, zijn we van mening dat de instroom van nieuwe DGM gecontroleerd moet plaatsvinden. De kosten van nieuwe DGM en/of indicatie-uitbreidingen zijn vaak aanzienlijk. Daarom pleiten wij voor een intensiever gebruik van reeds bestaande beheersinstrumenten, zowel op centraal (zoals de pakketsluit) als decentraal niveau. Daarnaast denken wij binnen Menzis actief na over en dragen we actief bij aan de ontwikkeling van nieuwe beheersinstrumenten om de impact van DGM op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te optimaliseren. Dit begint al bij de instroom van nieuwe DGM, waarbij de prijzen per behandeling een sterke stijging laten zien.

Medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ)

Binnen de MSRZ wordt het principe van stepped care gebruikt. U volgt hierin, net als wij, de principes zoals bepaald door Zorginstituut Nederland. In bijlage 1 zijn tevens specifieke minimeisen voor interdisciplinaire MSRZ benoemd waaraan u voldoet. Voor het machtigingenformulier dat wij voor ongecontracteerde MSRZ gebruiken, verwijzen wij u naar onze [website](#).

Complex chronische longaandoeningen (CCL)

Voor de interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen geldt dat wij deze zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan de kwaliteitscriteria van de NVALT (Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose). Voor het machtigingenformulier dat wij voor ongecontracteerde CCL gebruiken, verwijzen wij u naar onze [website](#).

Eerstelijnsdiagnostiek (ELD)

Ons beleid aangaande ELD publiceren wij separaat. Dit zorginkoopbeleid kunt u [hier](#) vinden.

Kwaliteitsbeleid bij zorginkoop

Het stellen van kwaliteitsnormen is primair de verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen zelf.

Vanuit hun inhoudelijke expertise kunnen zorgaanbieders het beste zelf vaststellen hoe verantwoorde MSZ-zorg moet worden geleverd. Wij verwachten van u, en alle zorgaanbieders, dat u voldoet aan de door de beroepsgroep vastgestelde minimumnormen. Zorg die niet voldoet aan deze minimumnormen kopen wij niet in. Wij bespreken daarnaast met u passende zorg via onder meer het ZE&GG programma. Ook hebben we aanvullend een aantal kwaliteitsvoorwaarden opgesteld, die u kunt vinden in de minimum- en uitvoeringseisen (zie hiervoor bijlagen 1 en 2).

Innovatief zorgaanbod

(Digitale) zorginnovatie kan bijdragen aan de toekomstbestendigheid van de zorg. Op ons [zorginnovatieportaal](#) vindt u informatie over zorginnovatie en de rol van Menzis. Wij willen hiermee bedenkers van (digitale) zorginnovaties nog beter ondersteunen en begeleiden bij het opschalen van goede initiatieven. Daarnaast is het voor u als zorgaanbieder altijd mogelijk via uw contactpersoon bij Menzis nieuwe initiatieven bij ons onder de aandacht te brengen.

Bij wie koopt Menzis in?

Inkoopeisen

Wij verwachten dat alle (nieuwe en bestaande) zorgaanbieders, met wie wij in 2025 een overeenkomst sluiten om MSZ te verlenen kwalitatief goede zorg leveren. Dit betekent dat uw interne organisatie op orde is en dat de geleverde zorg voldoet aan de kwaliteitsnormen van de beroepsgroepen en de door ons vastgestelde minimum- en uitvoeringseisen.

Voor alle zorgaanbieders (nieuwe en bestaande), die gecontracteerd willen worden in 2025, gelden dezelfde minimumeisen en uitvoeringseisen, waarbij een aantal daarnaast specifiek voor nieuwe zorgaanbieders gelden. In bijlagen 1 en 2 hebben we de criteria vermeld. Bij elke categorie voorwaarden staat per wanneer u hieraan moet voldoen. Voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ) zijn aanvullende minimum- en uitvoeringseisen opgenomen. Ook deze vindt u terug in bijlagen 1 en 2. Het niet (tijdig) voldoen aan de minimumeisen en uitvoeringseisen betekent dat wij in 2025 geen overeenkomst met u aangaan.

Nieuwe zorgaanbieders

We verstaan onder nieuwe zorgaanbieders, aanbieders die nog nooit of meer dan zes maanden geleden voor het laatst een overeenkomst met ons hebben afgesloten. Indien u als nieuwe zorgaanbieder in aanmerking wil komen voor een overeenkomst met ons moet u aantoonbaar voldoen aan de door ons gestelde kwaliteitsvoorwaarden en minimumeisen. Deze vindt u in bijlage 1. Ook kijken wij bij onze beoordeling of de zorg waarvoor u een overeenkomst met ons wenst aanvullend is op het al gecontracteerde zorgaanbod en in lijn is met de afspraken die in de betreffende regio zijn gemaakt en vastgelegd in het regioplan. Indien dit niet het geval is of indien we voldoende zorg hebben ingekocht om aan de zorgplicht te voldoen, houden we ons het recht voor om geen overeenkomst aan te gaan.

Duur van de afspraak

Het uitgangspunt dat wij hanteren voor de duur van de afspraak met u is een eenjarige afspraak. Alleen wanneer het voor de zorgtransformatie in de regio noodzakelijk is, kijken wij met u naar de mogelijkheden voor een meerjarige afspraak. Hierbij kijken we ook wat nodig is in het kader van gelijkgericht contracteren in de regio.

Financiering

De beschikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg komt, zoals eerder vermeld, steeds meer onder druk te staan. Bij het maken van inkoopafspraken op basis van prijzen en volumes geldt dan ook dat wij voldoende, kwalitatief goede en doelmatige zorg willen inkopen tegen realistische en maatschappelijk aanvaardbare prijzen. We spreken dan ook een realistisch volume met u af, waarbij wij kijken naar de doelmatigheid en de realisaties van de afgelopen jaren. Wij hanteren hierbij de kaders zoals overeengekomen in het IZA. Wanneer zich bekostigingsveranderingen voordoen, voeren we die bovendien neutraal door. We willen voor wat betreft de zorg in 2025 een passende financiële inkoopafspraak met u maken, inclusief afspraken over een doorleverplicht.

Procedure aanvullende zorginkoop

Procedure bij plafondfinanciering

Het uitgangspunt is een financiële afspraak via een omzetplafond. We verwachten dat u binnen de financiële afspraak de afgesproken zorg kan leveren. Indien er met u geen doorleverplicht is afgesproken en het afgesproken plafond overschreden dreigt te worden, kunt u een verzoek voor een aanvullende afspraak indienen bij uw contactpersoon bij Menzis. U levert tenminste een actuele prognose en realisatie op zorgproductniveau aan. Bij de beoordeling van het verzoek door Menzis is de zorgplicht van Menzis leidend. Bij de beoordeling kijken we onder andere naar de wachttijden op regionaal niveau, de mogelijkheid tot bemiddeling naar andere gecontracteerde zorgaanbieders/de ruimte bij andere gecontracteerde zorgaanbieders en doelmatigheid van de zorgaanbieder. Uiteraard gelden dan ook de minimeisen uit Bijlage 1. We informeren u binnen 4 weken over ons besluit. Indien er aanvullende informatie of extra tijd nodig is voor de beoordeling van uw verzoek, gaan we uit van een extra termijn twee weken en laten we u dit schriftelijk weten. Als er aanvullende informatie van de zorgaanbieder nodig is, gaan wij ervan uit dat binnen een week aangeleverd wordt.

Procedure contractering nieuw zorgaanbod

De verwachting is dat we gedurende de looptijd van dit zorginkoopbeleid geen aanvullende zorginkoop hoeven te doen. Wij kunnen gedurende 2025 om verschillende redenen alsnog besluiten dat wij extra zorg willen inkopen en nieuwe zorgaanbieders contracteren. Als wij dat nodig achten, maken wij dat op dezelfde wijze kenbaar als dit zorginkoopbeleid gepubliceerd is. Wij maken dan ook kenbaar welke termijnen van toepassing zijn en hoe u het verzoek tot aanvullende afspraken kan indienen. Voor de extra inkoopronde gelden dezelfde minimeisen als gepubliceerd in bijlage 1.

Financiële afspraken buiten de reguliere bekostiging

Naast de reguliere bekostiging lichten we graag ook een aantal voorbeelden van financiële afspraken buiten de reguliere bekostiging toe. In het kader van passende zorg zullen wij ten aanzien van de volgende onderwerpen aparte afspraken met u maken en/of gelden er aanvullende voorwaarden.

Facultatieve prestaties

Facultatieve prestaties geven de mogelijkheid op lokaal niveau een prestatiebeschikking vast te stellen waar nog geen reguliere bekostiging voor bestaat. Een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar dienen hiervoor samen een verzoek in bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen, indien er eenmaal een prestatiebeschikking is, hier ook afspraken over maken. Indien u gebruik wilt maken van een

bestaande facultatieve prestatie of de mogelijkheden wil verkennen om er samen met ons een aan te vragen, dan ontvangen wij graag nadere informatie via uw contactpersoon bij Menzis, voordat we hierover met u in gesprek gaan. Voor facultatieve prestaties geldt een specifiek contractvereiste vanuit de NZa.

OZP telemonitoring

Sinds 2024 wordt telemonitoring alleen nog maar via de OZP (prestatie 039133) afgesproken. Voor de inkoop van de OZP hanteren wij, ook voor 2025, de voorwaarden zoals geformuleerd in ons toetsingskader OZP. Hierin hanteren we ook dat wat is afgesproken in de Handreiking Telemonitoring. Het toetsingskader kunt u terugvinden op [onze website](#)

Toetsingskader ziekenhuisverplaatste zorg

Ziekenhuisverplaatste zorg betreft altijd geneeskundige zorg of behandeling, waarvoor de medisch specialist inhoudelijk eindverantwoordelijk blijft. Ziekenhuisverplaatste zorg kan een middel zijn om de zorgtransformatie vorm te geven en daarmee de zorg toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Wij vinden het belangrijk dat bij plannen over verschuiving van zorg rekening gehouden wordt met de stand van de wetenschap en praktijk, veldafspraken, deskundigheid en verantwoordelijkheden, maar zeker ook met de inzet van de schaarse personele capaciteit. Wij hebben in een [apart document](#) nader toegelicht hoe we hiermee willen omgaan.

Controle en sancties

Wij controleren of u voldoet aan de inkoopvoorwaarden en daarbij gaan we uit van de integriteit van de zorgaanbieders. In dat kader kunnen wij 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).

Wanneer gedurende de looptijd van de overeenkomst u, of één van uw gecontracteerde locaties, zoals genoemd in de overeenkomst met Menzis, niet meer voldoet aan één of meer van de minimumeisen, uitvoeringseisen en/of andere van onze inkoopvoorwaarden, dan dient u ons daarover direct te informeren. Daarna zullen we daarover met u in overleg gaan met als doel dat u wel weer aan de betreffende eis(en) kunt voldoen.

Horizontaal Toezicht

Horizontaal Toezicht in de zorg is een samenwerkingsmodel tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, gericht op het gezamenlijk borgen van rechtmatigheid en doelmatigheid van zorguitgaven. Het landelijke traject Horizontaal Toezicht werkt via een representatiemodel.

Het verschuift de focus van achteraf controleren naar vooraf gezamenlijk afspraken maken en elkaars processen vertrouwen. In plaats van uitgebreide controle achteraf, baseren zorgverzekeraars zich op het vertrouwen in de interne beheersing van processen van zorgaanbieders.

Gepast gebruik valt momenteel niet binnen de scope van Horizontaal Toezicht, maar het heeft wel betrekking op de rechtmatigheid. Daarom kunnen we materiële controles gericht op gepast gebruik uitzetten.

Formele en Materiële Controle

We voeren controles uit op basis van een jaarlijks controleplan en ad hoc signalen. Het doel van deze controles is om te bepalen of zorgkosten doel- en/of rechtmatig zijn gedeclareerd. Het gaat er hierbij om vast te stellen of zorgkosten conform wettelijke, contractuele of polis-(indicatie-) voorwaarden rechtmatig zijn vergoed. Indien nodig corrigeren we declaraties of vorderen we deze terug conform de met u overeengekomen correctietermijn.

Continuïteit van zorg waarborgen

Om de continuïteit van de zorg te waarborgen, verzamelen en analyseren wij actief signalen, monitoren we de (financiële) positie van gecontracteerde zorgaanbieders en brengen we mogelijke risico's in kaart. We maken met u

afspraken over het aanleveren van informatie over mogelijke risico's die wij constateren over mogelijke (financiële) discontinuïteit op zowel korte, middellange als lange termijn. Daarnaast geeft u tijdig een signaal af bij dreigende discontinuïteit en werkt u mee bij aanvullend onderzoek.

Inkoopproces

Alle bestaande gecontracteerde zorgaanbieders ontvangen een nieuwe standaardovereenkomst, mits zij nog steeds voldoen aan de kwaliteitsvoorwaarden en minimumeisen zoals beschreven in bijlage 1. Daarbij gaan wij ervan uit dat we ook voor 2025 tot een nieuwe overeenkomst kunnen komen. Indien wij dit nodig achten, zullen wij u voorafgaand aan de inkoopgesprekken een vragenlijst laten invullen via VECOZO. Via deze vragenlijst kunnen we bepalen of u nog voldoet aan de minimum- en uitvoeringseisen. Indien u (inmiddels) niet meer voldoet aan deze minimum- en uitvoeringseisen zullen we met u hierover in gesprek gaan met als doel dat u wel weer aan de betreffende eis(en) voldoet.

Planning van de zorginkoop

Vanaf 12 november 2024 maken wij op onze Zorgvinders 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	www.menzis.nl/zorgaanbieders en nieuwsbrief per mail
Uiterlijk 1 juni 2024	Aanmelden nieuwe zorgaanbieders	Zorgaanbieder	Via website Menzis middels het contactformulier
Uiterlijk 1 september 2024	Verzenden offerte door zorgaanbieders, tenzij anders overeengekomen ⁸	Zorgaanbieder	Aanlevering via de contactpersoon bij Menzis
Uiterlijk 1 september 2024	Verzenden overeenkomst 2025 aan de zorgaanbieder door Menzis	Menzis	Via nieuwsbrief per mail
Streefdatum 1 november 2024	Overeenkomst ondertekend retour ontvangen door Menzis	Zorgaanbieder	VECOZO
Vanaf 12 november 2024	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	Menzis	Zorgvinder

⁸ Indien de datum van 1 september niet mogelijk blijkt te zijn, dan neemt u hierover contact op met uw contactpersoon bij Menzis voorafgaand aan 1 september 2024.

Voorwaarden voor contractering

Naast de Landelijke Uniforme MSZ Overeenkomst (Deel I) hanteren we ook de Menzis Specifieke MSZ Overeenkomst (Deel II). Deel I en II vormen samen met eventuele addenda de Overeenkomst MSZ zoals te sluiten voor 2025.

Geen overeenkomst

Let op: indien u geen zorgovereenkomst met ons wil afsluiten, krijgt de verzekerde conform zijn polisvoorwaarden een vergoeding. Het is mogelijk dat de verzekerde dan een lagere vergoeding van kosten krijgt dan de tarieven uit de aangeboden zorgovereenkomst. U bent verplicht de verzekerde daar vooraf op te wijzen. Dit conform de vigerende wet- en regelgeving.

Nieuwe locaties gecontracteerde zorgaanbieder

Let op: een nieuwe locatie van een gecontracteerde zorgaanbieder valt niet automatisch onder de overeenkomst, maar alleen na onze instemming, vastgelegd in een nieuwe overeenkomst waar ook de nieuwe locatie genoemd wordt. Ook bij een nieuwe locatie van een gecontracteerde zorgaanbieder kijken wij of dit passend is bij de regionplannen van de desbetreffende regio. Onder een nieuwe locatie verstaan we in ieder geval een locatie met een ander adres/postcode dan het adres dat al bij ons bekend is en vermeld is op de overeenkomst MSZ 2024 of 2025.

Planning digitale contractering ZBC's

Het digitale contracteringsproces met aanbieders met wie we voor het jaar 2024 al digitaal een contract hebben afgesloten, bestaat uit de volgende stappen:

- ~~U ontvangt uiterlijk 30 september 2024 via VECOZO een financieel voorstel om digitaal een overeenkomst met ons af te sluiten;~~ **U ontvangt uiterlijk 8 oktober 2024 via VECOZO een financieel voorstel om digitaal een overeenkomst met ons af te sluiten;**
- ~~Tot 1 november 2024 heeft u de tijd om dit voorstel te accepteren;~~ **Tot 5 november 2024 heeft u de tijd om dit voorstel te accepteren;**
- Uiterlijk 12 november 2024 maken wij aan onze klanten bekend welke zorgaanbieders wij gecontracteerd hebben.

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](#). Uiteraard kunt u ook contact opnemen met uw contactpersoon bij Menzis.

Inspraak verzekerden en zorgaanbieders

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

Coöperatie Menzis

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



Bijlagen 1, 2, 3 & 4

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. Als er een maatregel dreigt dan informeert de zorgaanbieder de zorgverzekeraar actief;
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 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 is in staat om declaraties in te dienen via VECOZO volgens de regels en instructies die gelden voor het declareren.
14. Bij nieuwe zorg (nieuwe interventies en/of declaratiecodes), locaties en/of specialismen bij een (ook indien deze eerder gecontracteerd is) zorgaanbieder geldt dat deze alleen wordt gecontracteerd als deze past binnen de regioplannen van de desbetreffende regio en wanneer deze een meerwaarde biedt op het gebied van concurrentie en klanttevredenheid. Hierover treden zorgaanbieder en Menzis in gesprek.

Minimumeisen kwaliteit

1. De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de zorgaanspraak medisch specialistische zorg (Zvw) valt;
2. De zorgaanbieder verleent de zorg met in achtname van de voor de zorgaanbieder relevante wet- en regelgeving (onder andere WGBO en Wet BIG);
3. De zorgaanbieder beschikt over een geaccrediteerd of gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem conform de NEN8009:2018;
4. De zorgaanbieder is in bezit van het ZKN, HKZ, Qualicor Europe, ISO-certificering of JCI voor de zorg;

5. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat het volledige medisch personeel, waarvoor dit van toepassing is (i.e. inclusief het personeelsbestand aan verpleegkundigen, paramedici, ed.), van de zorgaanbieder BIG-geregistreerd is;
6. De zorgaanbieder heeft een regeling voor waarneming bij ziekte en verlof;
7. Alle geleverde zorg voldoet tenminste aan de laatste eisen, standaarden en normen van de beroepsgroep en beroepsvereniging(en) en aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en is in lijn met de standpunten van het Zorginstituut Nederland (ZIN);
8. De zorgaanbieder behandelt alleen als de aandoening of ziekte verantwoord binnen de zorgaanbieder te behandelen is, gegeven de vigerende richtlijnen van de beroepsvereniging(en);
9. De zorgaanbieder moet deelnemen aan alle wettelijk verplichte kwaliteitsregistraties conform de afspraken in de Transparantiekalender;
10. De zorgaanbieder levert zorg volgens de door de beroepsgroep vastgestelde minimumnormen. Indien de organisatie constateert dat er zorg wordt geleverd die niet aan de norm voldoet, verwachten wij dat dit zo spoedig mogelijk aan ons wordt gemeld. Indien niet op aanvaardbare termijn aan de norm kan worden voldaan door aanpassingen in het proces of structuur aan te brengen, of wanneer het kwantitatieve (volume-) normen betreft, dient de zorg overgedragen te worden aan een zorgaanbieder in de regio die wél aan alle minimumnormen voldoet.

Aanvullende minimeisen specifiek voor ZBC's

1. De zorgaanbieder is voor het desbetreffende MSZ-specialisme voor $\geq$ (groter of gelijk aan) 80% gericht op het leveren van zorg dat volgens de Zorgverzekeringswet onder de Basisverzekering valt. Dit blijkt uit het zorgaanbod, de inrichting en de presentatie van de zorgaanbieder;
2. De zorgaanbieder levert de zorg per specialisme met ten minste 2 medisch specialisten die voor minimaal 1,0 fte werkzaam zijn bij de desbetreffende zorgaanbieder die medisch specialistische zorg leveren. Deze specialisten zijn verbonden door middel van een toelatingsovereenkomst of loondienstverband. Een medisch specialist moet voor minimaal 0,3 fte werkzaam zijn bij de zorgaanbieder;
3. Invasieve behandelingen onder algehele narcose bij patiënten met een ASA-classificatie van 3 en hoger worden niet verricht;
4. Invasieve behandelingen van kinderen < 2 jaar worden niet verricht;
5. De zorgaanbieder heeft een AGB-code van een zelfstandig behandelcentrum;
6. De zorgaanbieder heeft bij invasieve ingrepen en bij klinisch verblijf een achterwachtingregeling met een ziekenhuis, voor de opvang van eventuele complicaties en die binnen 30 minuten de behandeling kan overnemen. Deze regeling dient schriftelijk vastgelegd te zijn en ondertekend door de raden van bestuur van de partijen die hierbij betrokken zijn.
7. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de zorgaanbieder 24/7 een medisch specialist beschikbaar heeft die een patiënt bij spoed binnen een uur kan zien.
8. De zorgaanbieder verwacht een zorgkostenomzet tegen marktconforme tarieven van minimaal 75.000 euro in de periode 1 juni 2023 tot en met 31 mei 2024 voor Menzis verzekerden die volgens de Zorgverzekeringswet onder de Basisverzekering valt. Deze zorgkostenomzet is verspreid over minimaal 26 patiënten.

Aanvullende minimeisen specifiek voor (interdisciplinaire) MSRZ

1. De zorgaanbieder werkt in ieder geval volgens de eisen, zoals zijn vastgelegd in wet- en regelgeving, aanspraakvoorwaarden en het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde en de diagnose gebonden behandelkaders waarvan de VRA (mede) houder is;
2. De zorgaanbieder levert medisch specialistische revalidatiezorg door middel van een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een revalidatiearts;

3. De zorgaanbieder levert de zorg met ten minste 2 revalidatieartsen die samen voor minimaal 1,2 fte bij de betreffende zorgaanbieder werkzaam zijn, voor de categorie zorgaanbieders die medische specialistische revalidatiezorg leveren;
4. Er wordt voldaan aan de voorwaarde dat de revalidatiearts minimaal 3 maal per traject de verzekerde ziet (iMSRZ) waarvan tenminste eenmaal fysiek op locatie;
5. Een revalidatiearts is fysiek in persoon op locatie aanwezig of direct bereikbaar voor overleg als er patiënten op de betreffende locatie aanwezig zijn;
6. Jaarlijks wordt inzichtelijk gemaakt door u welke zorg op welke locatie wordt geleverd.
7. Het aantal daadwerkelijk bij de zorgaanbieder werkzame physician assistants (PA) / verpleegkundig specialisten (VS) revalidatiegeneeskunde (uitgedrukt in fte's) bedraagt maximaal tweemaal het gezamenlijk aantal revalidatieartsen (uitgedrukt in fte's) dat bij de zorgaanbieder werkzaam is;
8. De revalidatieartsen zijn minimaal één dagdeel per week fysiek in persoon gelijktijdig – op dezelfde locatie – aanwezig voor onder andere overdracht en collegiaal overleg.

Aanvullende minimumeisen specifiek voor audiologie

1. De zorgaanbieder voldoet aan het veiligheidsbeleid van de FENAC;
2. De audiologie zorg wordt door de zorgaanbieder altijd multidisciplinair georganiseerd en aangeboden.

Aanvullende minimumeisen specifiek voor nieuwe zorgaanbieders (in 2024 geen contract met Menzis zoals bedoeld in dit ZIB)

1. De zorgaanbieder is in verband met de continuïteit minimaal drie jaar volwaardig in bedrijf. Ter beoordeling van Menzis kan hiervan worden afgeweken.
2. Menzis behoudt zich het recht voor om geen overeenkomst aan te gaan indien Menzis voldoende zorg heeft ingekocht om aan de zorgplicht te voldoen.

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 voor alle zorgaanbieders

1. De zorgaanbieder organiseert intercollegiale toetsing en visitatie door beroepsverenigingen en er is structureel intercollegiaal overleg over de patiëntenzorg conform de standaarden van de eigen beroepsgroep;
2. Als een andere instelling dan de zorgaanbieder een bepaalde zorgactiviteit uitvoert, wordt dit tussen de zorgaanbieder en die instelling onderling verrekend in het kader van wederzijdse dienstverlening en niet apart door de andere instelling gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Dit geldt ook voor diagnostiek;
3. De zorgaanbieder zorgt bij het overdragen van patiënten naar zorgverleners buiten de MSZ dat deze zorgverleners voldoen aan de Menzis kwaliteitseisen van de desbetreffende Zorgsoort;
4. Aan het einde van ieder contractjaar vindt een eindevaluatie plaats, waarbij alle maatwerkafspraken worden geëvalueerd en het eventuele vervolg bepaald kan worden;
5. De zorgaanbieder draagt zorg voor doelmatig voorschrijven van medicatie en verantwoord wisselen hiervan bij mogelijke bijwerkingen. Hierover worden contractueel verder afspraken gemaakt;
6. De zorgaanbieder houdt zich bij ziekenhuisverplaatste zorg aan het door Menzis gepubliceerde toetsingskader waarbij ziekenhuisverplaatste zorg niet mag leiden tot dubbele bekostiging;
7. Minstens 25 % van de consulten bij de zorgaanbieder vinden digitaal plaats waarbij het totaal aantal consulten niet toeneemt;
8. De zorgaanbieder informeert de verzekerde actief of de behandeling die de zorgaanbieder aanbiedt onder de zorgaanspraak medisch specialistische zorg (Zvw) valt, conform de vigerende NZa beleidsregel en eventuele vervangers daarvan;
9. De zorgaanbieder spant zich in om diens patiënten te verwijzen naar de kanalen van de Patiëntenfederatie Nederland en ZorgkaartNederland.nl om een recensie achter te laten om zo het aantal en aandeel geverifieerde reviews te doen toenemen;
10. De zorgaanbieder draagt zorg voor gestructureerde en goede verslaglegging conform de (door Palga) vastgestelde protocollen, met bijzondere aandacht voor volledigheid en juistheid van de registratie door de zorgprofessional;
11. De zorgaanbieder doet een inventarisatie welke onderdelen van zorgpaden (en zorgprocessen) uit te besteden zijn aan een zorg & medisch/verpleegkundig servicecenter die de mogelijkheid heeft transmuraal te werken voor het leveren van digitale zorg en diensten en levert hiertoe uiterlijk op 31 oktober 2025 een plan aan hoe deze transitie in 2026 wordt gemaakt;
12. In het kader van gegevensuitwisseling neemt u deel aan de programma's zoals benoemd in het IZA uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling. Daarnaast maakt u geen gebruik meer van een fax.

Uitvoeringseisen specifiek voor revalidatie ZBC's

1. Een revalidatiearts is minimaal één dagdeel per week fysiek op locatie aanwezig terwijl tegelijkertijd het behandelteam van de desbetreffende locatie aanwezig is.

Bijlage 3 Controle en sanctiebeleid

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

Voor de toetsing of de minimeisen op u van toepassing zijn, kan een Gedragsverklaring Aanbesteden (GVA) of Verklaring Omtrent Gedrag rechtspersonen (VOG RP) worden opgevraagd. U krijgt voldoende tijd om deze bewijsstukken aan te vragen en aan te leveren.

Bijlage 4 Meldingsplicht Mensgebonden Onderzoek

Indien een zorgaanbieder gaat participeren in een onderzoek of binnen een onderzoekslijn, waarbij voor de verzekerde de in de praktijk geldende behandeling zal veranderen, mogen deze veranderingen niet worden gedeclareerd, tenzij er een voorwaardelijke toelating of subsidieregeling veelbelovende zorg van kracht is. Daarnaast is de zorgaanbieder verplicht dit te melden aan de patiënt en aan Coöperatie Menzis. De extra kosten die vanwege het onderzoek door de zorgaanbieder gemaakt worden, moeten uit onderzoeksgelden worden betaald en mogen niet uit premiegelden worden vergoed.

Onder veranderingen van behandelingen wordt onder andere verstaan:

- Meer policontroles;
- Frequentere beeldvorming;
- Andere ingreep;
- Andere medicamenteuze behandeling;
- Langere klinische opnames.