



Zorginkoopbeleid Geestelijke Gezondheidszorg 2025

Transformeren naar duurzaam
toegankelijke en betaalbare zorg.

Inhoud

Voorwoord	4
Wijzigingen in 2025	5
Wat willen we bereiken?	7
Urgentie	7
Speerpunten	7
Versterken van mentale gezondheid en demedicalisering	8
Versterken mentale gezondheid	8
Demedicalisering	8
Organiseren van netwerken	10
Regionale netwerken	10
Borgen van cruciale zorg	11
In- en exclusie	11
Acute zorg	11
Cruciale zorg: IZA-afspraken	11
Inzet van digitale zorg	12
Inzet van groepsbehandelingen	13
Overige onderwerpen	14
Wachttijdinformatie	14
Consultatiefunctie sociaal domein	14
Vrijgevestigden	14
Zzp-ers (PNIL) in de zorg	14
Inzet van de juiste professional	14
Transformatiemiddelen	15
Gebrek aan stageplekken voor opleidingen	15
Zorgcoördinatie	15
Verduurzamen van zorg	15
Wat koopt Menzis in?	18

Bij wie koopt Menzis in?	18
Minimumeisen	18
Winstmarges	18
Financiële gezondheid	18
Prestaties en settingen onder extra voorwaarden	18
Inkoopproces	19
Inkoopmethodiek	19
Contracteerproces via VECOZO	19
Contractering aanbieders die in 2024 geen overeenkomst met Menzis hebben	19
Planning van de zorginkoop	20
Procedure aanvullende zorginkoop	21
Bereikbaarheid	23
Inspraak verzekerden	23
Coöperatie Menzis	23
Bijlage 1. Minimumeisen	25
Minimumeisen vrijgevestigden	25
Minimumeisen instellingen	27
Aanvullende minimumeis voor nieuwe zorgaanbieders	29
Minimumeis voor de inkoop van de prestatie Esketamine neusspray (Spravato)	29
Minimumeis voor de inkoop van prestaties vallend onder de Setting Hoogspecialistisch	29
Minimumeis voor de inkoop van prestaties vallend onder de Setting Outreachende zorg	29

Voorwoord

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

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

Samenwerking is cruciaal

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

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

Aandacht voor duurzaamheid

De zorgsector draagt aanzienlijk bij aan de CO₂-uitstoot, grondstofverbruik en afvalproductie in Nederland. Menzis wil een bijdrage leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap. We hebben dan ook de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 ondertekend en samen met de andere zorgverzekeraars integreren we de ambities en afspraken uit de Green Deal in ons zorginkoopbeleid en afspraken met zorgaanbieders.

In gesprek

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

Koen Jansen
Directeur Zorg & Gezondheid

Wijzigingen in 2025

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

Onderwerp	Wijziging	Meer info
Exclusie criterium	<p>Nieuwe minimumeis voor zowel vrijgevestigden als instellingen:</p> <p>De zorgaanbieder hanteert crisisgevoeligheid niet als exclusie criterium voor het in zorg nemen van mensen.</p>	<p>p. 11 Bijlage 1</p>
Warme overdracht naar ander passend aanbod	<p>Nieuwe minimumeis voor zowel vrijgevestigden als instellingen:</p> <p>De zorgaanbieder zorgt voor een warme overdracht naar ander passend aanbod indien een cliënt elders beter passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen. Eenmaal verwezen personen worden in deze gevallen niet terugverwezen naar de huisarts.</p>	<p>p. 11 Bijlage 1</p>
Financiële gezondheid	<p>Nieuwe minimumeis voor nieuwe zorgaanbieders (aangebieders die geen overeenkomst met Menzis hadden in 2024):</p> <p>De zorgaanbieder heeft een solvabiliteitsratio van minimaal 25% en een liquiditeit van minimaal 1% (bron: jaarrekening 2023).</p>	<p>p. 18 Bijlage 1</p>
Duurzaamheid	<p>Aangepaste minimumeis instellingen:</p> <p>De zorgaanbieder committeert zich aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0) en de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van de Nederlandse GGZ. De zorgaanbieder verankert daarnaast duurzaamheid in zijn strategie.</p> <p><i>Dit was: De zorgaanbieder committeert zich aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0) en verankert duurzaamheid in zijn strategie</i></p>	<p>Bijlage 1</p>

Minimale omzet overeenkomst instellingen	<p>Aangepaste minimumeis instellingen:</p> <p>Zorgaanbieders die ten minste één jaar in bedrijf zijn en die als ongecontracteerde zorgaanbieder over 2023 minimaal € 500.000,- aan omzet hebben voor de curatieve GGZ binnen de Zvw komen in aanmerking om de vragenlijst in te vullen voor de aanvraag van een overeenkomst.</p>	p. 19 Bijlage 1
--	---	--------------------

Dit was minimaal € 250.000,-

<p>Visitatieverplichting</p>	<p>Aangepaste minimumeis vrijgevestigden:</p> <p>Per praktijk dient ten minste de helft van de regiebehandelaren gevisiteerd te zijn.</p> <p><i>Dit was minimaal één regiebehandelaar per praktijk</i></p>	Bijlage 1
------------------------------	--	-----------

<p>Verwijderde minimumeisen</p>	<p>Vrijgevestigden en instellingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De zorgaanbieder heeft alle vorderingen (waaronder vooruitbetalingen en/of voorschot OHW en/of eindafrekeningen) die Menzis op hem heeft voldaan binnen de daarvoor gestelde betaaltermijnen. • De zorgaanbieder levert alle zorg vanuit een vestigingsadres, zoals dit in Vektis is geregistreerd (wordt contractueel afgesproken). <p>Instellingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De zorgaanbieder heeft goed werkgeverschap verankerd in een passend HR-beleid. <p>Vrijgevestigden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De zorgaanbieder beschikt over een geldig persoonlijk certificaat bij VECOZO. • De Zorgaanbieder beschikt over een geldige persoonlijke en praktijk-AGB-code passend bij het Landelijk Kwaliteitsstatuut sectie II. 	-
---------------------------------	--	---

Wat willen we bereiken?

Urgentie

Dag in, dag uit zetten professionals in de zorg en het sociaal domein, alsook naasten en vrijwilligers, zich tomeloos in om mensen met psychische problemen te helpen. Dit waarderen we enorm.

Helaas blijft ondanks al die inspanningen de druk op de toegankelijkheid van de GGZ onverminderd hoog. We hebben simpelweg te weinig capaciteit beschikbaar om aan de almaar toenemende vraag te kunnen voldoen. Dat leidt al jarenlang tot de schrijnende situatie dat tienduizenden mensen te lang wachten op hulp. Ondanks alle initiatieven van de afgelopen jaren, lukt het onvoldoende om de wachttijden te doen afnemen. En als we niets doen, nemen die de komende jaren alleen maar toe. Het is dan ook noodzakelijk om de zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problemen anders te organiseren. Dit moeten we als samenleving samen doen. Mentale gezondheid is immers iets wat door veel factoren wordt beïnvloed: denk bijvoorbeeld aan bestaanszekerheid, het sociale netwerk, de ervaren zingeving en de woonomgeving. Oog voor de maatschappelijke context en het netwerk waar iemand onderdeel van is, zijn van belang.

Het is aan eenieder om vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheid een bijdrage te leveren aan tijdige, betaalbare en passende zorg. Dat geldt voor organisaties in het sociaal domein, in de zorg, cliëntenorganisaties, werkgevers, gemeenten, landelijke overheid, hulpverleners en zeker ook voor ons als zorgverzekeraar. Bovenal is het van belang om elkaar op te zoeken om gezamenlijk met oplossingen te komen. Wij zullen in ieder geval via de uitvoering van dit voorliggende Zorginkoopbeleid 2025 onze bijdrage hieraan leveren.

Speerpunten

Wij gaan onze bijdrage aan tijdige, betaalbare en passende zorg leveren door voor 2025 ons te focussen op een aantal onderwerpen die de noodzakelijke verandering ondersteunen.

Als het gaat om het duurzaam toegankelijk houden van de zorg wil Menzis doeltreffend optreden. Menzis wil er in 2025 samen met u op aansturen dat verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben binnen de geldende wachttijdnorm.

De onderwerpen waarop we ons voor 2025 op focussen zijn:

- Versterken van mentale gezondheid en demedicalisering;
- Organiseren van netwerken;
- Borgen van cruciale zorg;
- Inzet van digitale zorg;
- Inzet van groepsbehandelingen.

Versterken van mentale gezondheid en demedicalisering

Jaarlijks melden zich 1,2 miljoen mensen bij de curatieve GGZ. Om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren, is het nodig dat dat aantal naar beneden gaat. Daarom is het van belang om in te zetten op het versterken van mentale gezondheid en demedicalisering. Met demedicalisering bedoelen we dat, waar mogelijk, hulpvragen niet vanuit de curatieve GGZ worden beantwoord. Zo voorkomen we onnodige instroom in de GGZ en vergroten we de toegankelijkheid van de zorg.

Versterken mentale gezondheid

Vanuit de Zorgverzekeringswet en het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt geïnvesteerd in geïndiceerde preventie, zorggerelateerde preventie, het versterken van gezondheidsvaardigheden en zelfzorg, leefstijl als onderdeel van de behandeling en verbinding met gemeentelijke domeinen via een (regionale) preventie-infrastructuur. Op basis van het regiobeeld hebben gemeenten en zorgpartijen samenwerkingsafspraken gemaakt in [regioplannen](#), die onder meer moeten leiden tot het gezond houden van mensen en het beperken van de instroom in de zorg.

Demedicalisering

Naast de inzet op het versterken van mentale gezondheid moeten we ook anders kijken naar psychische problemen. De hulpvraag van een persoon vraagt niet altijd om behandeling vanuit de GGZ. Niet elke hulpvraag is immers een zorgvraag. De GGZ levert dus niet de antwoorden en oplossingen op alle hulpvragen. Soms zijn mensen beter geholpen met zelfzorg, al dan niet ondersteund door technologie, of ondersteuning vanuit het sociaal domein. Laagdrempelige ondersteuning is zodoende belangrijk. Dat begint primair in het sociaal domein en wordt waar nodig gecombineerd met (tijdelijke) zorgverlening. Zo behouden we de beschikbare capaciteit in de GGZ toegankelijk voor personen die daadwerkelijk behandeling nodig hebben, doordat zij mentaal echt ontregeld zijn.

De benodigde demedicalisering vraagt niet alleen om een ontwikkeling bij individuele zorgaanbieders, maar vraagt juist om netwerkvorming en sterke samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders onderling, huisartsen en het sociaal domein ([zie: organiseren van netwerken](#)).

Voor 2025 zetten we waar het gaat om demedicaliseren specifiek in op:

- **Consultatiefunctie sociaal domein**
De consultatiefunctie sociaal domein is beschikbaar voor het sociaal domein, zodat door goede consultatie en advies onnodige instroom in de GGZ wordt tegengegaan.
- **Aandacht voor functioneren op alle levensgebieden**
Bij zowel de triage als het opstellen en evalueren van het behandelplan dient aandacht te zijn voor het integraal kijken naar iemands hulpvraag: hoe functioneert iemand op alle levensgebieden? Vragenlijsten rondom Positieve Gezondheid en open gespreksvormen als de Netwerkkintake dragen bij aan het verkrijgen van dit inzicht en versterken ook de eigen kracht: mensen zijn immers veel meer dan wat hen mentaal ontregelt; juist het inspelen op de wél aanwezige vaardigheden en helpende factoren draagt bij aan herstel en het (her)vinden van balans.
- **Digitale zorg**
Het impactvol uitrollen en (door)ontwikkelen van digitale zorg in samenwerking met andere zorgaanbieders zorgt voor het zelfstandig aan de slag kunnen met de eigen mentale gezondheid en de voorbereiding op

behandeling. Dit geldt voor zowel de inzet van digitale zorg in de digitale/hybride behandeling als voor wachtenden ([zie: digitale zorg](#)).

- **Inzet van en samenwerking met huisarts/POH-GGZ**

Met de inzet van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk is betere zorg voor patiënten dichtbij huis beschikbaar en zijn er meer mogelijkheden voor zelfmanagement. Dit zou moeten leiden tot minder verwijzingen naar de GGZ. In 2023 hebben de gemaakte afspraken in het IZA geleid tot een uitbreiding van het maximaal aantal uren POH-GGZ van 12 naar 16 uur ten behoeve van netwerkzorg en het inzetten van e-health modules. Wij zien bij voorkeur dat netwerkzorg en e-health regionaal door huisartsen is georganiseerd in samenwerking met de regionale huisartsenorganisatie en de GGZ (RHO). De inkoop hiervan verloopt via de [Zorginkoop voor de Huisartsenzorg](#).

- **Verkennd gesprek**

Het verkennend gesprek is beschikbaar, zodat duidelijk(er) wordt wat iemand zelf kan doen, waarvoor het sociaal domein of andere hulpbronnen kunnen worden ingezet en wanneer een behandeling in de GGZ het best passend is om de problemen aan te pakken (zie: kader).

Mentale gezondheidsnetwerken

De komst van mentale gezondheidsnetwerken (MGN), waarbinnen onder andere verkennende gesprekken gevoerd gaan worden, beogen een bijdrage te leveren aan een betere aansluiting van de hulpverlening bij de hulpvraag van de persoon. We verwachten dat dit ook een ombuiging naar het sociaal domein oplevert, met positieve effecten op de wachttijden in het zorgdomein.

Het verkennend gesprek wordt voor de huisarts het uitgangspunt voor een (voorgenomen) verwijzing van patiënten met GGZ-problematiek én problemen binnen andere levensdomeinen. De huisarts beoordeelt of het verkennend gesprek van meerwaarde is. Een verkennend gesprek is een open gesprek over de doelen van de persoon met een hulpvraag en wat hij of zij daarvoor nodig heeft. Dit levert een advies aan de persoon op, óf en zo ja welke, zorg en/of ondersteuning nodig is.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om per 2025 deze MGN en verkennende gesprekken (VG) te contracteren. Een landelijk programma van brancheorganisaties, NZa, ZiNL en VWS bereidt de oplevering van de landelijke randvoorwaarden voor regionale implementatie voor. Het resultaat, uiterlijk op te leveren per 1 juli 2024, zijn handvatten voor de inhoud, een bekostigingstitel en (naar verwachting) een gezamenlijke leidraad contractering. We informeren u uiterlijk 1 juli 2024 over de wijze waarop wij de leidraad contractering MGN/VG in ons inkoopbeleid 2025 verwerken.

Vanuit Menzis verwachten we in ieder geval van de GGZ dat zij:

- ✓ in nauwe samenwerking met RHO's en het sociaal domein tot een duidelijke afbakening komt tussen de werkzaamheden van de POH-GGZ en de invulling van het verkennend gesprek;
- ✓ in nauwe afstemming met RHO's en het sociaal domein heeft vastgesteld onder welke voorwaarden patiënten kunnen worden doorverwezen voor een verkennend gesprek.

Organiseren van netwerken

Regionale netwerken

De benoemde demedicalisering en verwachte ombuiging naar het sociaal domein vraagt óók dat er voldoende en snel toegankelijke voorzieningen in het sociaal domein zijn om mensen te begeleiden met vraagstukken op andere levensgebieden, zoals inkomen, werk, wonen, schulden, opvoeden en opgroeien. Te denken valt aan laagdrempelige steunpunten (zoals herstel- en zelfregiecentra): deze steunpunten vormen een goed aanbod bij het voorkomen van, begeleiden naast of hulp bieden na behandeling in de GGZ. We zien dat met name mensen met complexe psychische problemen vaak tegelijkertijd of opeenvolgend ondersteuning in het sociaal domein én zorg van de huisarts of GGZ vragen. Kortom: het belang van goede, integrale samenwerking tussen de GGZ en andere, aanpalende domeinen (in het bijzonder het sociaal domein) is misschien wel groter dan ooit.

We vinden dan ook dat op regionaal niveau netwerken georganiseerd moeten zijn om deze ‘samenwerkingszorg’ te bevorderen. Voor ons betekent dit een duurzaam, flexibel en samenhangend netwerk van hulp- en zorgverleners uit verschillende - voor de patiënt - relevante domeinen, zoals somatische, psychiatrische en sociale voorzieningen. De door de patiënt gevraagde voorzieningen zijn door zo'n netwerk op de juiste tijd en op de juiste plaats beschikbaar. Behandeling en begeleiding worden door zo'n netwerk zoveel mogelijk afgestemd en passende, doelmatige oplossingen zijn continu beschikbaar. Binnen het netwerk wordt duurzaam en actief samengewerkt tussen patiënt, naastbetrokkenen, (gediplomeerde) ervaringswerkers en andere professionals. Hierbij wordt continu breed gekeken naar de leefwereld van de patiënt. Zo wordt de zorg, behandeling en begeleiding dusdanig vormgegeven dat de kans op herstel en gezondheid van eenieder zo groot mogelijk wordt. Dit moet bijdragen aan herstelondersteuning op zowel persoonlijk, maatschappelijk als sociaal vlak. Op regionaal niveau hebben we hierover afstemming met onder meer gemeenten. Daarbij zijn de [regiobeelden en regioplannen](#), waarin mentale gezondheid een prominente plek heeft, een belangrijk uitgangspunt.

Gebruik van netwerk voor een passende behandelplek

Het uitgangspunt binnen de GGZ is dat cliënten niet langer dan de Treeknorm op de wachtlijst staan. Als iemand dat wel wil (wenswachtende), dan kan dat alléén als de zorgaanbieder de inschatting heeft gemaakt dat dit verantwoord is én als de aanbieder wenswachtenden actief ondersteuning biedt tijdens de wachtperiode.

Wanneer het dusdanig complexe problematiek betreft dat die niet door elke zorgaanbieder in behandeling kan worden genomen, verwachten we dat de zorgaanbieder gebruik maakt van zijn netwerk om de cliënt door te geleiden naar een passende behandelplek. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van regionaal opgezette structuren zoals het regionale transfermechanisme of de regionale tafel hoogcomplexiteit. Van daaruit kan eventueel het escalatiemodel van de Regionale Doorzettingsmacht worden gevolgd. Zo heeft elke cliënt perspectief op een passende behandelplek.

Wanneer de complexiteit van de problematiek dusdanig is dat er redelijkerwijs een alternatief bemiddelbaar aanbod is, dan kan de cliënt verwezen worden richting de afdeling Zorgadvies van Menzis. Uiteraard kan in deze situaties ook de route naar de regionale transfertafel worden gevolgd.

Borgen van cruciale zorg

De wachtlijsten in de GGZ zijn het langst voor mensen met complexe, psychische problemen die vaak ernstig ontregeld zijn. Dit heeft grote impact op hen, de naasten en de samenleving als geheel. Juist voor deze groep zou aanbod vrijwel direct beschikbaar moeten zijn. Nog te vaak zien we voorbeelden van mensen die door zorgaanbieders uitgesloten worden van zorg omdat zij als ‘te zwaar’ worden aangemerkt en vervolgens worden teruggestuurd naar de huisarts of van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder worden gestuurd. We willen de beschikbaarheid en toegankelijkheid van het aanbod voor deze mensen beter borgen. We beogen dit als volgt te bereiken:

In- en exclusie

In een goed georganiseerd netwerk zou iedere zorgaanbieder voldoende op dat netwerk moeten kunnen terugvallen op het moment dat een cliënt in een crisissituatie terecht komt. Het feit dat iemand crisisgevoelig is, is wat ons betreft dan ook géén reden om iemand niet in zorg te nemen. We verwachten dan ook dat iedere zorgaanbieder die monodisciplinaire en/of multidisciplinaire zorg levert géén exclusiecriteria hanteert die gaat over de crisisgevoeligheid van een persoon die in zorg komt. Dit hanteren we als minimumeis per 2025.

Verder kan het zijn dat iemand naar een zorgaanbieder is verwezen voor zorg en dat blijkt dat diegene elders beter passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen. Mocht dit het geval zijn, dan is het aan die zorgaanbieder om zorg te dragen voor een warme overdracht. Dit betekent dus dat eenmaal verwezen personen níet mogen worden terugverwezen naar de huisarts, maar dat de betreffende aanbieder de cliënt bij de hand neemt richting het juiste, passende aanbod. In een goed georganiseerd netwerk zou iedere aanbieder daarop voldoende moeten kunnen terugvallen, bijvoorbeeld in de vorm van het regionale transfermechanisme en/of de tafel hoogcomplexe zorg. Ook dit hanteren we vanaf 2025 als minimumeis.

Acute zorg

In het kader van de acute zorg verwachten we net als in 2024 dat alle zorgaanbieders hun diensten aantoonbaar aanbieden bij de in de regio actieve ANW-dienst en ook dat zij bij deze regievoerder acute GGZ aangeven wat zij nodig hebben om hieraan deel te nemen. We hebben er vertrouwen in dat de partijen samen tot een goede afweging komen of deelname aan de ANW-diensten meerwaarde heeft. Het bovenstaande vraagt óók iets van de regievoerders acute GGZ: zij moeten immers openstaan voor de aangeboden diensten en de zorgprofessionals maximaal faciliteren. Denk hierbij aan goede inwerkprogramma's en begeleiding, aansluiten op EPD's, (bij)scholing, maatwerk bij het inroosteren voor een goede aansluiting op de privé- en werksituatie.

Cruciale zorg: IZA-afspraken

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om gezamenlijk “zicht te krijgen op de benodigde capaciteit, voorzieningen en infrastructuur van (boven)regionaal cruciaal zorgaanbod, passend bij de zorgvraag van de patiënt (IZA – pagina 60-62)”. Landelijke partijen zijn met elkaar in gesprek over de nadere uitwerking van deze afspraken. We informeren u uiterlijk op 1 juli 2024 over de wijze waarop wij de landelijke afspraken over cruciale GGZ in ons inkoopbeleid 2025 verwerken.

Inzet van digitale zorg

De inzet van digitale zorg is van groot belang om de toekomstbestendigheid van de zorg te borgen. Digitale zorg moet bijdragen aan het anders organiseren en inrichten van zorg. Er zijn enkele redenen waarom we inzetten op meer gebruik van digitale zorg:

Toegankelijkheid

Digitale zorg biedt een laagdrempelige manier van behandeling. De zorg wordt tijd- en plaatsafhankelijk aangeboden en het neemt belemmeringen van de fysieke zorginfrastructuur weg, zoals reistijd en reiskosten, bijv. voor mensen in afgelegen gebieden of met beperkte mobiliteit. Het draagt daarmee ook bij aan duurzame zorg, doordat cliënten en zorgprofessionals minder reisbewegingen maken.

Efficiënte inzet van personele capaciteit

De inzet van digitale oplossingen kunnen een positieve bijdrage leveren, zowel direct in het primaire zorgproces, als in de logistieke en administratieve processen. Het kan daarmee een deel van de huidige arbeidsmarktproblematiek oplossen. Daarnaast beoogt de inzet van digitale zorg met minder inzet van behandelaren meer mensen te helpen, wat een positief effect heeft op zowel de toegankelijkheid als de personele capaciteit.

Beperken van zorgkosten

Digitale zorg kan kostenbesparend zijn voor zowel de GGZ-aanbieders als de patiënten. Het vermijden van fysieke bezoeken bespaart op reis- en infrastructuurkosten. Daarnaast kan de inzet van bijvoorbeeld Artificiële Intelligentie, e-health modules en e-communities bijdragen aan het vrijspelen van schaarse, maar ook duurdere behandelcapaciteit.

Eigen regie

Digitale zorg bevordert de eigen regie van mensen. Het maakt mogelijk om meer zelf te doen op momenten dat het voor jou als persoon goed uitkomt of van belang is. Bovendien kun je beter je eigen traject coördineren en volgen. Dit bevordert ook het 'samen beslissen' tussen cliënt en zorgverlener.

Continuïteit van zorg

Digitale zorg maakt het mogelijk om behandelingen op afstand voort te zetten. Dit is vooral relevant tijdens situaties van crisis, zoals de COVID-19-pandemie, waarin fysieke bezoeken beperkt waren. Door gebruik te maken van digitale zorg kunnen GGZ-aanbieders de behandeling van patiënten consistent voortzetten, zelfs onder moeilijke omstandigheden.

Een goed evenwicht tussen persoonlijke interactie en het gebruik van digitale tools is essentieel voor effectieve zorg. Gezamenlijke besluitvorming tussen cliënt en zorgprofessional is hierin van belang.

Voorbeelden van digitale middelen binnen de GGZ

Online therapie

Digitale platforms stellen therapeuten en patiënten in staat om therapie te bieden en ontvangen via video-conferenties. Dit maakt het gemakkelijker voor patiënten om toegang te krijgen tot de zorg, vooral voor degenen die in afgelegen gebieden wonen of mobiliteitsproblemen hebben.

Mobiele apps

Er zijn verschillende mobiele apps beschikbaar die gericht zijn op het bevorderen van geestelijke gezondheid, zoals mindfulness-apps, zelfhulp-apps en apps voor het beheren van stress en angst.

E-mental health programma's

E-mental health programma's zijn interactieve online programma's die zelfhulp of begeleide behandeling bieden voor verschillende psychische aandoeningen, zoals depressie, angst en posttraumatische stress-stoornis.

Psycho-educatie en zelfmanagement

Digitale tools kunnen worden gebruikt om psycho-educatie te bieden, waarbij patiënten informatie krijgen over hun aandoening, symptomen en behandelingsmogelijkheden.

Zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan

Met de [gezamenlijke ambities zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025](#) willen zorgverzekeraars en zorgkantoren samen met zorgaanbieders bijdragen aan toegankelijke, toekomstbestendige én patiënt-/cliënt-gerichte zorg. Om dit te realiseren hebben veldpartijen, zorgverzekeraars en [zorgkantoren](#) met elkaar in het Integraal Zorgakkoord ([IZA](#)) en programma Wonen en Zorg voor Ouderen ([WOZO](#)) forse uniforme ambities geformuleerd: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Zorgsectoren onderzoeken samen welke zorgpaden en zorgprocessen geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg¹. Daarbij werken zij in vier jaar, tot eind 2026, toe naar het hybridiseren van 70% van de geschikte zorgpaden en zorgprocessen met minimaal 50% inclusie ([IZA](#) p. 92, doel 3c).

Inzet van groepsbehandelingen

Groepsbehandelingen die gebaseerd zijn op evidence-based methodieken zijn geschikt gebleken voor een brede groep van mensen met psychische en psychiatrische problematiek. Groepsbehandelingen bevorderen onder meer de interactie en feedback tussen personen, onderlinge herkenning, steun en empathie en het onderling leren. Dit draagt bij aan het welzijn en versterkt het gevoel van gemeenschap, wat een positieve invloed heeft op het behandelproces.

Vanuit Menzis willen we in de komende jaren meer groepsbehandelingen inkopen. De groeiende uitdagingen binnen de sector, met name de aanhoudende wachtlijsten en het tekort aan zorgpersoneel, vragen om een andere manier van zorg leveren. Groepsbehandelingen helpen om behandelcapaciteit vrij te spelen zonder in te leveren op de effectiviteit van behandelingen. Zo vergroten we de toegankelijkheid van de zorg door de druk op individuele behandelingen te verlichten.

¹ Een officiële definitie voor hybride zorg wordt uitgewerkt door de IZA werkgroep hybride zorg. Momenteel wordt voor hybride zorg de definitie vanuit het IZA gebruikt. "Hybride zorg: de waar mogelijk gepersonaliseerde maatwerk/mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning van gezondheid. Uitgangspunten hierbij zijn: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan" (IZA pg. 92). Wanneer een gedragen definitie vastgesteld is, zal deze worden overgenomen.

Overige onderwerpen

Wachttijdinformatie

Om te kunnen volgen of het ingezette beleid leidt tot een vermindering van de wachttijd en/of de aantallen wachtden, is het van belang om te beschikken over goede data. We verwachten dat de door zorgaanbieders via het NZa Zorgbeeldportaal aangeleverde informatie in 2025 goed ontsloten wordt richting de zorgverzekeraars.

Daarnaast willen we specifiek in onze regio's zicht krijgen op de situatie van Menzis-verzekerden. Daarom maken we voor 2025 met de regionale (kern)instellingen de afspraak dat zij 1x per kwartaal specifieke wachttijd cijfers voor Menzis bij ons aanleveren. Aan de hand van deze informatie kunnen we gezamenlijk monitoren en bijsturen waar nodig.

Consultatiefunctie sociaal domein

De inkoop van de consultatiefunctie sociaal domein (CSFD) is in 2024 later van de grond gekomen en is pas in maart 2024 van start gegaan. Voor de contractering 2025 van de CSFD willen we ervaringen uit de inkoop 2024 meenemen. Daarom zullen wij op een later moment de planning en het proces voor de inkoop 2025 van de CSFD delen via een aanvulling op dit Zorginkoopbeleid 2025.

Vrijgevestigden

Vanuit Menzis zien we de toegevoegde waarde van de Zelfstandig Gevestigd Psychiaters (ZGP) en andere vrijgevestigden (VG) in de GGZ. In het bijzonder die ZGP/VG die de eigen patiëntenpopulatie managet en daarvoor een netwerk heeft opgebouwd met huisarts, sociaal domein en andere zorgprofessionals, en waarbij ook samenwerking met de crisisdienst is. En zeer zeker de ZGP/VG die daarnaast nog bereid is om gezamenlijk de lasten van de ANW-diensten te dragen.

We begrijpen dat er professionals zijn die kiezen voor een eigen praktijk, maar we vinden het noodzakelijk dat deze zelfstandigen een bijdrage leveren aan het netwerk in hun regio. We doen daarvoor ook een groot beroep op de flexibiliteit van instellingen. Zowel richting hun eigen personeel (om een aantrekkelijke werkgever te blijven), maar ook richting de ZGP/VG die bereid is tot samenwerking in het netwerk.

Zzp-ers (PNIL) in de zorg

We zien de zorgelijke ontwikkeling van de toename van 'personeel niet in loondienst' (PNIL) bij zorgaanbieders voortduren. Uitgangspunt is dat personeel in loondienst is. Er moet dan ook sprake zijn van een gezonde verhouding tussen personeel in loondienst en een flexibele schil. Daarnaast moet bij inhuur van personeel voorkomen worden dat de schaarste op de arbeidsmarkt voor zorgaanbieders leidt tot het financieel tegen elkaar opbieden om de gunst van PNIL. De kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg moet voorop staan.

Wanneer een zorgprofessional zich als zzp-er aanbiedt, verwachten wij dat hij dat doet tegen redelijke tarieven. We verwachten van zorgaanbieders dat zij geen flexibel personeel tegen exorbitante uurtarieven inhuren.

Inzet van de juiste professional

Om de toegankelijkheid van de zorg te vergroten, is het van belang dat professionals op de juiste plek worden ingezet. Dit betekent onder meer dat we vinden dat hoogopgeleid personeel zich moet richten op de zwaardere zorgvragen. We verwachten dat bijvoorbeeld (zelfstandig gevestigd) psychiaters geen lichte zorgvragen beantwoorden, maar zich inzetten voor mensen met complexe problemen die vaak ernstig ontregeld zijn. Zo zetten we de (soms schaarse beschikbare) competenties van professionals in bij die cliënten die dat nodig hebben en zorgen we voor een optimale inzet van de beschikbare behandelcapaciteit.

We zijn voornemens om in onze inkoop 2025 de Zorgvraagtypering te gebruiken om hier richting aan te geven.

Transformatiemiddelen

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

Meer informatie over het insturen van plannen en het proces en de benodigde documenten kunt u vinden op onze website: [Transformatieplannen \(menzis.nl\)](https://www.menzis.nl/transformatieplannen)

Gebrek aan stageplekken voor opleidingen

We maken ons zorgen over de berichten dat er te weinig stageplekken zijn voor psychologiestudenten. We onderzoeken de mogelijkheden om voor 2025 zorgaanbieders te stimuleren om hier een bijdrage aan te leveren.

Zorg in niet-stedelijke gebieden

We vinden het belangrijk dat zorg voor onze verzekerden goed bereikbaar is. We zien dat in sommige niet-stedelijke gebieden het aanbod van zorg soms (te) beperkt is. We verwachten van zorgaanbieders dat zij ook inwoners in deze gebieden goed bedienen met hun zorgaanbod. Voor 2025 zullen we hiervoor in onze regio's extra aandacht vragen indien dit in de betreffende regio een aandachtspunt is.

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie ondersteunt cliënten 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 cliënt, bijvoorbeeld een bed voor eerstelijnsverblijf. Zorgcoördinatie kan hiermee, door het regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren, bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in Nederland. Voor patiënten blijft de toegang tot acute zorg overzichtelijk, want zorgcoördinatie komt samen in één (virtueel) loket.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om te streven naar landsdekkende 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 de zorgcoördinatie uit. Wij volgen de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie in relatie tot ons gepubliceerde inkoopbeleid. Als deze ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven publiceren wij aanvullend beleid.

Verduurzamen van zorg

Gezamenlijk inkoopbeleid verduurzaming van alle zorgverzekeraars

Menzis en de andere zorgverzekeraars vinden het van groot belang om met de zorginkoop een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap (Zvw- en Wlz-breed). Daarom hebben zorgverzekeraars een gezamenlijk inkoopbeleid voor het verduurzamen van de zorg opgesteld op basis van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0)².

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

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-vereisten³. 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 kader van de CSRD-wetgeving. De zorgverzekeraars stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0-partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. 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.

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

Specifiek voor de GGZ

We verwachten van zorgaanbieders GGZ dat ze zich committeren aan de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van de Nederlandse GGZ. Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleidende zorgverzekeraar, gaan met de zorgaanbieders⁴ in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we, na afstemming met de branche, op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit het uitvoeringsplan van de Nederlandse GGZ.

- * 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 het ongesorteerd restafval met minimaal 25% verminderen in 2026, toewerkend naar maximaal 25% ongesorteerd restafval in 2030;
- * Terugdringen medicijnverspilling en medicijngebruik gericht op 20% minder verspilling in 2026 ten opzichte van

³ Sommige (grotere) zorgverzekeraars rapporteren al per 2025 conform de CSRD-vereisten (over verzekeringsjaar 2024).

⁴ Met als selectie ten minste de 28 geïntegreerde instellingen die meer dan 2.000 patiënten specialistische ggz behandelen.

2023;

- * Terugdringen voedselverspilling naar maximaal 20% 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 2026⁵.

Waar mogelijk ondersteunen we u met kennis en tools zoals voorbeelden van groene initiatieven die 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 de 'Toolkit duurzaamheid' van de Nederlandse ggz en het 'Draaiboek Duurzame Mobiliteit voor intramurale zorginstellingen' van het Milieu Platform Zorgsector.

⁵ Binnen de kaders van hetgeen medisch verantwoord mogelijk is.

Wat koopt Menzis in?

We kopen curatieve geestelijke gezondheidszorg in, die verzekerd is op basis van de Zorgverzekeringswet. Het kwaliteitsbeleid wordt bepaald door de minimumeisen die we stellen ten aanzien van zorgaanbieders.

Bij wie koopt Menzis in?

Minimumeisen

In bijlage 1 hebben we de minimumeisen vermeld waaraan zorgaanbieders moeten voldoen. In deze bijlage is ook vermeld per wanneer u hieraan moet voldoen. Niet (tijdig) voldoen aan de minimumeisen betekent dat wij met u in 2025 geen overeenkomst aangaan. We gaan uit van de integriteit van de zorgaanbieders en controleren steekproefsgewijs of zorgaanbieders voldoen aan de inkoopvoorwaarden. Daarvoor kunnen we bij u bewijsstukken opvragen. Als we de benodigde informatie uit openbare bronnen kunnen krijgen, doen we dat. We maken onder andere gebruik van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ).

Winstmarges

Zorgorganisaties zijn er eerst en vooral om zorg te bieden aan patiënten die daarvan afhankelijk zijn, en niet om er zelf beter van te worden. Wanneer een zorgaanbieder een hoge winstmarge realiseert voor eigen gewin, zullen we vanuit Menzis daarmee rekening houden in ons financiële aanbod.

Financiële gezondheid

We hebben in het recente verleden regelmatig gezien dat de zorglevering bij gecontracteerde zorginstellingen in de knel kwam of zelfs stopte door financiële problemen. Om dit te voorkomen, kijken we bij een zorgaanbieder – die in 2024 geen overeenkomst met Menzis had – wanneer die zich aanmeldt om in aanmerking te komen voor een overeenkomst 2025, ook naar de financiële gezondheid. Getoetst wordt of de solvabiliteitsratio ten minste 25% is en de liquiditeit ten minste 1% of hoger (bron: jaarrekening 2023).

Prestaties en settingen onder extra voorwaarden

Setting Hoogspecialistische zorg

Deze setting kopen we in bij zorgaanbieders/afdelingen die op de limitatieve lijst Hoogspecialistische ggz 2025 staan, zoals beschreven in de handreiking Hoogspecialistische GGZ. Deze behandeling kunt u vervolgens declareren als de behandeling op individueel niveau voldoet aan de criteria, zoals beschreven in de Handreiking Hoogspecialistische GGZ.

Prestatie Esketamine neusspray (Spravato)

Deze behandeling kopen we selectief in bij zorgaanbieders die voldoen aan de landelijk gestelde eisen.

Setting Outreachende zorg

Deze setting kopen we in bij zorgaanbieders die onderdeel uitmaken van het regioplan acute zorg, zoals is opgesteld door de regionale penvoerder Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP).

Inkoopproces

Inkoopmethodiek

Type aanbieder	Type inkoop	Duur overeenkomst	Wijze van contact	Contact
Instelling met onderhandeling	Digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO en via het contractformulier	Eenjarig (kalenderjaar 2025)	E-mail, telefoon en/of persoonlijk contact	Inkoper
Instelling zonder onderhandeling en vrijgevestigde aanbieder	Digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO	Eenjarig (kalenderjaar 2025)	E-mail en telefoon	Team Operationele Zorginkoop (TOZ)

Contracteerproces via VECOZO

Ook voor de inkoop voor 2025 worden alle vrijgevestigde praktijken en instellingen zonder onderhandeling, waaronder de Psychiatrische Afdeling van de Algemeen Ziekenhuizen die vanaf 2024 onder deze doelgroep vallen, digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO gecontracteerd. De vragenlijst in het Zorginkoopportaal staat vanaf medio september 2024 open om een overeenkomst voor 2025 met ons aan te vragen. U ontvangt automatisch bericht vanuit het Zorginkoopportaal zodra de vragenlijst klaarstaat. Om bemiddeling van onze leden naar gecontracteerde zorgaanbieders zo goed mogelijk te laten verlopen, vragen we u – indien van toepassing – om in de digitale vragenlijst zo duidelijk mogelijk aan te geven welke behandelingen u biedt en welke aandoeningen u behandelt.

Contractering aanbieders die in 2024 geen overeenkomst met Menzis hebben

Vrijgevestigden

Vrijgevestigde praktijken kunnen zich van 1 april 2024 tot 1 september 2024 aanmelden voor een overeenkomst voor 2025. Dit kan door het [aanmeldformulier](#) op onze website in te vullen. Alleen voor nieuw startende vrijgevestigde praktijken geldt geen beperking in de datum voor het aanvragen van een overeenkomst voor 2025: zij kunnen zich ook na 1 september via het contactformulier aanmelden voor een overeenkomst.

Bij een positieve beoordeling krijgt u een uitnodiging om de digitale vragenlijst in het Zorginkoopportaal van VECOZO in te vullen. Let op: u dient tijdig een certificaat bij VECOZO aan te vragen.

Instellingen

Zorgaanbieders die ten minste één jaar in bedrijf zijn en die als ongecontracteerde zorgaanbieder over 2023 minimaal € 500.000,- aan omzet hebben voor de curatieve GGZ, komen in aanmerking om de vragenlijst in te vullen voor de aanvraag van een overeenkomst. We stellen met Vektis-data (Zorgprisma) vast of u een omzet had bij alle verzekeraars van minstens € 500.000,- voor curatieve GGZ binnen de Zorgverzekeringswet in 2023. Uw aanvraag dient uiterlijk 1 juni 2024 binnen te zijn via het online [contactformulier](#) op onze website. Als u zich ná 1 juni 2024 aanmeldt, komt u niet in aanmerking voor een overeenkomst in 2025.

We contracteren nieuwe zorgaanbieders alleen voor ambulante zorg. Het is dan ook niet mogelijk voor nieuwe zorgaanbieders om verblijfsprestaties te declareren.

Planning van de zorginkoop

Vanaf 12 november 2024 maken wij op onze Zorgvinders bekend met welke zorgaanbieders we een overeenkomst 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:

Planning vrijgevestigden

Datum	Actie	Wie	Via
Uiterlijk 1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid 2025	Menzis	Menzis Website en nieuwsbrief per mail
1 april 2024 – 1 september 2024	Aanmelden nieuwe zorgaanbieders (geen overeenkomst met Menzis in 2024)	Zorgaanbieder	Overeenkomst aanvragen (menzis.nl)
Geheel het jaar	Aanmelden nieuw startende vrijgevestigde praktijken		
9 september 2024	Start openstellen vragenlijst (incl. evt. aanbod overeenkomst) voor een overeenkomst 2025	Menzis	VECOZO
Uiterlijk 12 november 2024	Uiterste datum invullen vragenlijst	Zorgaanbieder	VECOZO

Planning instellingen

Instellingen *zonder onderhandelingen*

Datum	Actie	Wie	Via
Uiterlijk 1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid 2025	Menzis	Menzis Website en nieuwsbrief per mail
1 juni 2024	Uiterste datum aanmelden nieuwe zorgaanbieders	Zorgaanbieder	zorgaanbieders-vraag (menzis.nl)
9 september 2024	Start openstellen vragenlijst in VECOZO (incl. eventueel aanbod overeenkomst) voor een overeenkomst 2025	Menzis	VECOZO
Uiterlijk 12 november 2024	Uiterste datum invullen vragenlijst	Zorgaanbieder	VECOZO

Instellingen *met onderhandelingen*

Datum	Actie	Wie	Via
Uiterlijk 1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid 2025	Menzis	Menzis Website en nieuwsbrief per mail
1 juni 2024	Uiterste datum aanmelden nieuwe zorgaanbieders	Zorgaanbieder	zorgaanbieders-vraag (menzis.nl)
1 september 2024	Start contractering. Menzis stuurt een aanbod op naar nieuwe en bestaande zorgaanbieders.	Menzis	Mail
Uiterlijk 1 oktober 2024	Uiterste datum inhoudelijke reactie op het verstuurde aanbod van Menzis	Zorgaanbieders	Mail

Procedure aanvullende zorginkoop

Met aanvullende zorg inkopen bedoelen we:

1. het inkopen van extra zorg door het verhogen van het budget bij bestaande contractanten en/of
2. het aangaan van overeenkomsten met extra zorgaanbieders. Als we gedurende het jaar 2025 aanvullende zorginkoop overwegen dan is het beleid en de procedure als volgt:

Als we gedurende het jaar 2025 aanvullende zorginkoop overwegen, dan is het beleid en de procedure als volgt:

Aanvullende zorginkoop bij bestaande contractanten

Als u gedurende het contractjaar voorziet dat het budget onvoldoende is, kunt u bij ons een verzoek indienen voor aanvullend budget, tenzij we contractueel met u afspreken dat een ophoging niet tot de mogelijkheden behoort. Dit kan tot uiterlijk 1 november 2025. U doet dit zo spoedig mogelijk als u 70% van uw budget heeft bereikt. U kunt een aanvullend budget aanvragen via uw zorginkoper of door het formulier [budgetophoging](#) op onze website in te vullen. Wij toetsen de aanvraag onder andere op doelmatigheid, soort zorgaanbod (waaronder zorgvraagtypering), wachttijden en budgetruimte bij andere zorgaanbieders in dezelfde regio, en bericht u binnen een maand over het besluit of we u al dan niet aanvullend budget verstrekken. Ook kijken we of het om electieve zorg gaat. Indien er extra tijd nodig is voor de beoordeling laten we u dat schriftelijk weten.

Contractering nieuwe zorgaanbieders

Om diverse redenen kunnen we besluiten om extra zorg in te kopen door nieuwe zorgaanbieders te contracteren. Indien dit het geval is, maken we dit bekend op dezelfde manier als dit zorginkoopbeleid. De minimumeisen voor deze aanvullende inkoopronde blijven gelijk aan die in dit zorginkoopbeleid (bijlage 1).

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

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 zorgverzekeringwet. Zo bespreken we met onze Ledenraad relevante thema's rond ons zorginkoopbeleid. Voor het zorginkoopbeleid 2025 hebben we het gehad over de herijkte zorginkoopstrategie, het versterken van de eerstelijns en gegevensuitwisseling in de zorg. U kunt het uitgebreide verslag hiervan vinden op onze [website](#).

Coöperatie Menzis

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



Bijlage 1

Bijlage 1. Minimumeisen

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

Minimumeisen vrijgevestigden

Zorgaanbieder vallend onder sectie II van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

3. 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;
4. 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;
5. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg;
6. 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;
7. De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa;
8. 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;
9. De (pseudo)UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd;
10. De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen;
11. 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;
12. 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;
13. De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering niet meege- werkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
14. De zorgaanbieder heeft niet blijkegeven 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;
15. De Zorgaanbieder levert zorg die is gebaseerd op de geldende richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules in de GGZ en die voldoet aan de laatste stand van wetenschap en praktijk op basis van o.a. de meest recente circulaire therapieën van ZN;
16. De zorgaanbieder beschikt over een geldige inschrijving in het BIG-register;
17. De zorgaanbieder beschikt over een getoetst en geaccordeerd Landelijk Kwaliteitsstatuut (sectie II) dat is ingediend en geregistreerd bij het Zorginstituut Nederland en handelt hiernaar. Het Kwaliteitsstatuut is inzichtelijk voor cliënten;
18. De zorgaanbieder beschikt over een actuele eigen website, waarop informatie te vinden is over onder andere het zorgaanbod, de behandelmethodes en wachttijden en waarop het geaccordeerd Landelijk Kwaliteitsstatuut te vinden is. Deze website bevat alleen informatie van de eigen praktijk en is geen gedeelde website met andere zorgaanbieders.

19. De zorgaanbieder⁶ beschikt over een erkend en in geheel 2025 geldig visitatiecertificaat⁷ van het⁸ NIP, LVVP, NVGZP of NVvP, dat voldoet aan de hieronder genoemde eisen:

- De visitatie:
- is verplicht, vindt periodiek plaats (minimaal elke vijf jaar) en heeft dus een beperkte geldigheidsduur;
- vindt plaats op basis van vooraf door de visiterende instantie vastgestelde kwaliteitscriteria;
- wordt uitgevoerd door een voor zijn functie opgeleide en bevoegde visiteur;
- gebeurt face-to-face (al dan niet digitaal) tussen gevisiteerde en visiteur(s);
- kan zowel individueel als in praktijkverband worden afgenomen;
- is gericht op het toetsen en begeleiden van de gevisiteerde op basis van de vastgestelde kwaliteitscriteria;
- leidt tot een rapport, opgesteld over de gevisiteerde, door de visiteur;
- leidt tot een oordeel van een onafhankelijke visitatiecommissie/beoordelingscommissie, waarna besloten wordt tot het al dan niet positief afgerond hebben van het visitatietraject;
- leidt tot een in 2025 geldig visitatiecertificaat.

Voor nieuw startende zorgaanbieders (korter dan 5 jaar geleden gestart op basis van de inschrijving bij de KvK) is een lidmaatschap van een branche- of beroepsorganisatie die visitatie kan afnemen en daarbij de verplichting binnen 5 jaar na start gevisiteerd te zijn voldoende;

20. De zorgaanbieder past voor klanten een gestructureerde effectmeting en klantfeedbackmethode toe en bespreekt deze met de cliënt;
21. De zorgaanbieder past een klanttevredenheidsmeting toe;
22. De zorgaanbieder monitort en evalueert periodiek de behandelvoortgang samen met de cliënt, om te concluderen wanneer het geen toegevoegde waarde meer heeft om de behandeling voort te zetten omdat er een te beperkte of geen gezondheidseffect meer wordt verwacht of omdat bepaalde aandoeningen chronisch (en zodoende mogelijk om andere ondersteuning/begeleiding vragen) zijn;
23. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de meest actuele Governancecode Zorg ingevoerd (bij rechtspersonen) of kan aantonen hoe hij de governance heeft ingericht (natuurlijke personen, VOF en eenmanszaak);
24. De zorgaanbieder levert enkel diagnostische prestaties die zijn gericht op een behandeling door de zorgaanbieder zelf. Uitgezonderd hiervan is diagnostiek in het kader van een second opinion;
25. De zorgaanbieder zorgt voor een brede, gestandaardiseerde triage op alle levensdomeinen (bijv. door gebruik van de vragenlijst Mijn Positieve Gezondheid of soortgelijke triage-methodieken);
26. De zorgaanbieder biedt aan iedere cliënt actief de mogelijkheid om digitaal zorg te ontvangen, zoals beschreven in de generieke module E-health;
27. De zorgaanbieder levert actuele wachttijdinformatie aan bij de NZa;
28. De aanbieder streeft naar een zo kort mogelijke wachttijd en houdt geen wachtlijsten aan die langer zijn dan de Treeknorm. Indien de wachttijd, om welke reden dan ook, langer is dan de Treeknorm meldt de zorgaanbieder dit bij de zorgverzekeraar en verwijst de zorgaanbieder de verzekerde naar een andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder dan wel naar de Zorgadviseur van de zorgverzekeraar, tenzij de verzekerde aantoonbaar op zijn nadrukkelijk verzoek op de wachtlijst wil blijven staan;
29. De zorgaanbieder meldt verzekerden die een behandeling in de ggz nodig hebben maar voor wie via de reguliere kanalen geen passende behandelplek gevonden kan worden, indien nodig zelf aan bij de tafels van de Regionale doorzettingsmacht;
30. De zorgaanbieder schoont de wachtlijst minimaal 2 keer per jaar op en zorgt ervoor dat het overzicht op de eigen website te allen tijde actueel is;

⁶ De visitatieverplichting geldt per praktijk. Als per praktijk de helft of meer van de regiebehandelaren is gevisiteerd, is dit voldoende om in aanmerking te komen voor een overeenkomst in 2025.

⁷ Dit kunnen ook twee certificaten zijn als het huidige certificaat in de loop van het jaar wordt verlengd

⁸ Andere visitatiecertificaten dienen eerst inhoudelijk beoordeeld te worden door Menzis op bovengenoemde eisen.

31. De zorgaanbieder hanteert crisisgevoeligheid niet als exclusiecriteria voor het in zorg nemen van mensen.
32. De zorgaanbieder zorgt voor een warme overdracht naar ander passend aanbod indien een cliënt elders beter passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen. Eenmaal verwezen personen worden in deze situatie niet terugverwezen naar de huisarts.

Minimumeisen instellingen

Zorgaanbieder vallend onder sectie III van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

1. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland per uiterlijk 1 januari 2025;
2. De zorgaanbieder heeft zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders gemeld en heeft – indien de Wtza dat vereist- een vergunning voor het verlenen van de zorg en voldoet aantoonbaar aan de vereisten van de Wtza;
3. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg;
4. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van het bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2025 afgesloten;
5. De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa;
6. De zorgaanbieder, zijn UBO en pseudo-UBO komen niet voor op enige nationale of internationale sanctielijst, waaronder in ieder geval de Nederlandse sanctielijst en de door de Europese Unie en de Verenigde Naties gehanteerde sanctielijsten worden begrepen;
7. De (pseudo)UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd;
8. De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen;
9. Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies;
10. De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, diens werkzaamheden zijn niet gestaakt, jegens hem geldt geen surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord. De zorgaanbieder verkeert niet in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;
11. De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering niet 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 levert zorg die is gebaseerd op de geldende richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules in de GGZ en die voldoet aan de laatste stand van wetenschap en praktijk op basis van o.a. de meest recente circulaire therapieën van ZN;
14. De zorgaanbieder beschikt over een getoetst en geaccordeerd Landelijk Kwaliteitsstatuut (sectie III) dat is ingediend en geregistreerd bij het Zorginstituut Nederland en handelt hiernaar. Het Kwaliteitsstatuut is inzichtelijk voor cliënten;
15. De zorgaanbieder beschikt over een actuele website, waarop informatie te vinden is over onder andere het zorgaanbod, de behandelmethodes en wachttijden en waarop het geaccordeerd Landelijk Kwaliteitsstatuut te vinden is;
16. De zorgaanbieder past voor klanten een gestructureerde effectmeting en klantfeedbackmethode toe en bespreekt deze met de cliënt;
17. De zorgaanbieder past een klanttevredenheidsmeting toe;
18. De zorgaanbieder monitort en evalueert periodiek de behandelvoortgang samen met de cliënt, om te concluderen wanneer het geen toegevoegde waarde meer heeft om de behandeling voort te zetten omdat er een te

bepaalde aandoeningen chronisch (en zo doende mogelijk om andere ondersteuning/begeleiding vragen) zijn;

19. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de meest actuele Governancecode Zorg ingevoerd (bij rechtspersonen) of kan aantonen hoe hij de governance heeft ingericht (natuurlijke personen, VOF en eenmanszaak)
20. De zorgaanbieder heeft een ambulant zorgaanbod;
21. De zorgaanbieder levert enkel diagnostiek die gericht is op een behandeling door de zorgaanbieder zelf. Uitgezonderd hiervan is diagnostiek in het kader van een second opinion;
22. De zorgaanbieder zorgt voor een brede, gestandaardiseerde triage op alle levensdomeinen (bijv. door gebruik van de vragenlijst Mijn Positieve Gezondheid of soortgelijke triage-methodieken).
23. De zorgaanbieder biedt aan iedere cliënt actief de mogelijkheid om digitaal zorg te ontvangen, zoals beschreven in de generieke module E-health;
24. De zorgaanbieder heeft een strategie op digitalisering van zorg als onderdeel van de eigen bedrijfsstrategie;
25. De zorgaanbieder levert actuele wachttijdinformatie aan bij de NZa;
26. De aanbieder streeft naar een zo kort mogelijke wachttijd en houdt geen wachttijsten aan die langer zijn dan de Treeknorm. Indien de wachttijd, om welke reden dan ook, langer is dan de treeknorm:
 - participeert de zorgaanbieder in het transfermechanisme/transfertafel of werkt samen met andere aanbieders in de regio om de wachttijden binnen de treeknormen te krijgen.
 - meldt de zorgaanbieder dit bij de zorgverzekeraar en verwijst de zorgaanbieder de verzekerde naar een andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder dan wel naar de zorgadviseur van de zorgverzekeraar, tenzij de verzekerde aantoonbaar op zijn nadrukkelijk verzoek op de wachttijd wil blijven staan.
27. De zorgaanbieder meldt verzekerden die een behandeling in de ggz nodig hebben, maar voor wie via de reguliere kanalen geen passende behandelplek gevonden kan worden, indien nodig, zelf aan bij de tafels van de Regionale doorzettingsmacht;
28. De zorgaanbieder biedt cliënten die op de eigen wachttijd staan ondersteuning, bijvoorbeeld door inzet van e-health;
29. De zorgaanbieder schoont de wachttijd minimaal 2 keer per jaar op en zorgt ervoor dat het overzicht op de eigen website te allen tijde actueel is;
30. De zorgaanbieder committeert zich aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0) en de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van de Nederlandse GGZ. De zorgaanbieder verankert daarnaast duurzaamheid in zijn strategie;
31. De aanbieder heeft een vastgestelde CO2 routekaart inclusief strategisch vastgoedbeheerplan aangeleverd bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ) indien de zorgaanbieder vastgoed in eigendom heeft en meer dan 250 fte aan medewerkers in dienst heeft;
32. De zorgaanbieder heeft in 2023 een minimumomzet van € 500.000,- uit de levering van curatieve GGZ;
33. De zorgaanbieder hanteert crisisgevoeligheid niet als exclusiecriteria voor het in zorg nemen van mensen;
34. De zorgaanbieder zorgt voor een warme overdracht naar ander passend aanbod indien een cliënt elders beter passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen. Eenmaal verwezen personen worden in deze situatie niet terugverwezen naar de huisarts.

Aanvullende minimumeis voor nieuwe zorgaanbieders

(zorgaanbieders die in 2024 geen overeenkomst met Menzis hadden)

1. De zorgaanbieder heeft een solvabiliteitsratio van minimaal 25% en een liquiditeit van minimaal 1% (bron: jaarrekening 2023).

Minimumeis voor de inkoop van de prestatie Esketamine neusspray (Spravato)

1. De aanbieder voldoet aan de 'criteria voor specialistische centra die behandeling willen bieden met intranasale esketamine'.

Minimumeis voor de inkoop van prestaties vallend onder de Setting Hoogspecialistisch

1. De zorgaanbieder en de betreffende afdeling van die zorgaanbieder staat op de limitatieve lijst Hoogspecialistische ggz 2025, zoals beschreven in de handreiking Hoogspecialistische GGZ. Een behandeling kan de zorgaanbieder alleen declareren onder deze setting als de behandeling op individueel niveau voldoet aan de criteria zoals beschreven in de Handreiking Hoogspecialistische GGZ.

Minimumeis voor de inkoop van prestaties vallend onder de Setting Outreachende zorg

1. De zorgaanbieder maakt deel uit van het regioplan acute zorg, zoals opgesteld door de regionale penvoerder Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP).