

**Zorginkoopbeleid 2017**  
**Eerstelijns verblijf (ELV)**

**menzis**

# Voorwoord

Vanaf 1 januari 2017 valt de aanspraak op en bekostiging van eerstelijns verblijf (ELV) binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), conform andere verblijfssituaties met medische noodzaak. Daarmee eindigt de Wlz subsidieregeling die in 2015 en 2016 van kracht was. Zorgverzekeraars kopen ELV zorg landelijk in voor eigen verzekerden. Dit document betreft het zorginkoopbeleid eerstelijns verblijf (ELV) van Menzis en vormt de basis voor de contractering ELV 2017.

Omdat eerstelijns verblijf een nieuwe verstrekking is binnen de Zvw begint dit document in hoofdstuk 1 met een nadere omschrijving van de aard van de zorg. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 2, 3 en 4 nader in op de visie van Menzis op eerstelijns verblijf (ELV), de kaders van ELV en de toegang tot ELV. Vanaf hoofdstuk 5 komt de zorginkoop door Menzis, de verdere inkoopprocedure en de planning aan de orde.

De inkoop van eerstelijns verblijf vindt in beginsel plaats bij zorgaanbieders die in 2016 een overeenkomst hebben in het kader van de subsidieregeling eerstelijns verblijf (die gedurende 2016 niet is ontbonden) en daarop ook productie hebben geleverd. Ook andere zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een overeenkomst (hoofdstuk 5).

Voor 2017 sluit Menzis aan bij de landelijke ontwikkelingen op het gebied van het eerstelijns verblijf. Op het moment van schrijven van

dit beleidsdocument zijn nog niet alle beleidsregels voor ELV bekend. Indien hiertoe aanleiding is zal Menzis het geactualiseerde zorginkoopbeleid publiceren. De verwachting is dat dit na Prinsjesdag zal zijn. Over de nadere invulling van het financieel beleid en over de ketenafspraken wordt in september 2016 gecommuniceerd

In de toekomst willen we toe naar het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg voor onze verzekerden. Dit kan onze verzekerden ondersteuning bieden bij het kiezen van de juiste zorgaanbieder. Vandaar dat we in 2017 de eerste stappen zullen zetten die dit mogelijk maken. We starten in 2017 met monitoren van deze zorgsoort en de bevindingen nemen we mee bij het opstellen van het inkoopbeleid en de inkoop van 2018.

Op onze website kunt u onze bredere visie op zorg lezen en de algemene speerpunten op het gebied van substitutie, zinnige en zuinige zorg, kwaliteit, meerwaarde voor de klant en controle op zorgkosten.

*Dit document is van toepassing op de zorginkoop door Menzis Zorgverzekeraar N.V., Anderzorg N.V. en Menzis N.V. (hierna: Menzis). Menzis koopt zorg in voor al haar verzekerden. Dat betekent dat de overeenkomsten die Menzis sluit met zorgaanbieders van toepassing zijn op alle verzekerden van Menzis, ongeacht welke verzekering zij hebben afgesloten (natura-, restitutie- of een combinatie-verzekering).*

## 1. Omschrijving eerstelijns verblijf

Met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) was het per 2015 niet meer mogelijk om kortdurend te worden opgenomen op basis van de Wlz, waar dit voorheen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wel mogelijk was. Het ministerie van VWS heeft toen, als tijdelijke maatregel, per 2015 een Wlz-subsidieregeling eerstelijns verblijf (ELV) ingesteld. Deze subsidieregeling eindigt met ingang van 2017. Per 2017 valt de aanspraak op en bekostiging van ELV binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), conform andere verblijfssituaties met een medische noodzaak.

Dit verblijf kan in de eerste lijn plaatsvinden, omdat er geen noodzaak is tot medisch specialistische zorg en omdat de inschatting is dat er op korte termijn herstel te verwachten is met terugkeer naar de eigen omgeving, dan wel dat er een levensverwachting van korter dan drie maanden is. Onder het ELV valt ook het verblijf voor patiënten die in de terminale levensfase opgenomen moeten worden, omdat de palliatief terminale zorg (PTZ) thuis niet meer afdoende kan worden gerealiseerd.

Bij het indiceren van ELV maakt de huisarts, (eventueel) in samenspraak met de transferverpleegkundige/ wijkverpleegkundige en/of specialist ouderengeneeskunde (SO) de afweging of er een acuut en manifest risico bestaat op gezondheidsverlies (het ontstaan van lijden en blijvende schade), gegeven de kenmerken van de patiënt en zijn hulpvraag. De huisarts neemt hierbij de persoonlijke (thuis)situatie van de patiënt mee in zijn overweging. Ook moet

worden vastgesteld dat opname in het ziekenhuis medisch gezien niet noodzakelijk is, dat er geen structurele behoefte is aan verblijf (in deze situatie is een Wlz-indicatie aangewezen) en dat terugkeer naar huis en herstel op (korte) termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij sprake is van een terminale fase).

ELV valt onder de aanspraak 'verblijf' in artikel 2.12 van het Besluit Zorgverzekering, met daarbij de nuancering dat het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is, in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Naast huisartsen kunnen ook de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten hoofdbehandelaar zijn binnen ELV. Het Zorginstituut heeft in de [Beleidsregel BR/REG-17119](#) en [Nadere Beleidsregel NR/REG 1712](#) de zorg geleverd door deze beide beroepsgroepen geduid als 'generalistische geneeskundige zorg' en daarmee valt hun zorg (net als huisartsenzorg) onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. In de brief 'Stand van zaken eerstelijns verblijf in de Zorgverzekeringswet' van 22 december 2015 en zijn rapportage (duiding) 'Het eerstelijns verblijf binnen de Zorgverzekeringswet' van 29 maart 2016 wordt de zorgvorm eerstelijns verblijf beschreven.

De medische noodzaak voor opname is, algemeen gesteld, aanwezig als er sprake is van een instabiele (zorg)situatie of een situatie die zonder adequaat toezicht en zorg instabiel kan worden. Voor de huisarts is de overweging om een keuze te maken tussen wat geleverd kan worden in de 'eigen omgeving' versus 'verblijf'

daarbij belangrijk. ELV geleverd aan patiënten met een Wlz-indicatie valt niet onder de reikwijdte van deze [beleidsregel](#). Het Zorginstituut Nederland heeft in zijn duiding '[Eerstelijns verblijf binnen de Zorgverzekeringswet](#)' van 29 maart 2016 aangegeven dat de indicatie voor de Wlz niet betekent dat er ook altijd sprake zal zijn van een verblijf in een Wlz-instelling. De indicatie kan echter ook gebruikt worden in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, een modulair-pakket-thuis of een persoonsgebonden budget. Ook een geclusterde woonvorm hoort tot de mogelijkheden. Zodra in deze gevallen een behoefte ontstaat aan 'verblijf medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', dan is slechts een tijdelijke wijziging van de leveringsvorm aan de orde. Dit tijdelijke verblijf valt daarom onder de Wlz. Het CIZ informeert de huisarts via Portero zodat de huisarts direct weet of de verzekerde een Wlz indicatie heeft en daarom geen aanspraak kan maken op ELVzorg.



## 2. Visie op eerstelijns verblijf

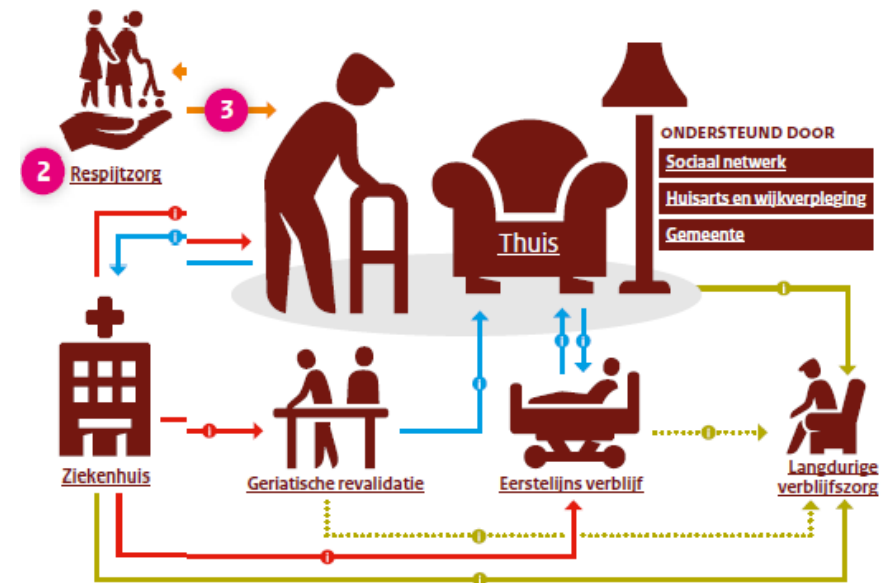
Menzis is, naast landelijk, actief in vier kernregio's: Gelderland, Groningen, Twente, Den Haag. We willen samen met zorgaanbieders in onze kernregio's ELV zorg op de juiste plek organiseren. Zodat onze verzekerden nu en in de toekomst de best mogelijke maar ook betaalbare zorg krijgen. Dichtbij als het kan, verder weg als het moet.

Menzis zet zich in voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg en sluit daarom aan bij de landelijke ontwikkelingen op het gebied van het eerstelijns verblijf. Op die manier streeft Menzis ernaar dat de kwaliteit van leven van onze thuiswonende verzekerden zo optimaal mogelijk is, zodat zij in staat zijn om langer thuis te blijven wonen. Hierbij is een goed georganiseerde eerste lijn van essentieel belang, waarin professionals, zoals wijkverpleegkundigen en huisartsen, met elkaar samenwerken. Om dit te realiseren zijn er van overheidswege stelselwijzigingen in de Wlz doorgevoerd.

In deze situaties waar onze verzekerden in staat worden gesteld om thuis te blijven wonen, levert de huisarts de geneeskundige zorg. Indien de huisarts de thuissituatie niet verantwoord vindt, kan een kortdurend verblijf buiten het eigen huis, een 'verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,' uitkomst bieden.

Nu het eerstelijns verblijf overgeheveld gaat worden naar de Zvw is Menzis verantwoordelijk voor de inkoop van deze zorgvorm voor onze verzekerden. We zien dat de vraag naar integrale eerstelijnszorg toeneemt. De verwachting is dat deze vraag zal blijven groeien.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft een infographic gemaakt, waarop te zien is welke zorg- en verblijfsvormen bestaan, wie ervoor in aanmerking komen en hoe de overdracht van de ene naar de andere zorgvorm gaat.



### 3. Kaders aanspraak eerstelijns verblijf

Het zorginstituut (ZiNL) heeft in het rapport 'het eerstelijns verblijf binnen de Zorgverzekeringswet' beschreven wat de kaders van het ELV zijn zodat deze zorg helder is af te bakenen ten opzichte van respijtzorg, curatieve medisch specialistische zorg en de langdurige zorg.

- Het eerstelijns verblijf biedt 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en het verblijf is medisch noodzakelijk. De medische noodzaak voor eerstelijns verblijf ligt in de behoefte aan 24-uurs toezicht via beschikbaarheid van een verpleegkundige 'in verband met geneeskundige zorg'. Dit veronderstelt dat er een goede mix aanwezig moet zijn van verpleegkundige - en verzorgende deskundigheden met uiteenlopende niveaus. Er moet in elk geval een verpleegkundige aanwezig zijn met niveau 4 of 5 om zelfstandig en tijdig veranderingen in de medische situatie te onderkennen.
- De behandeld arts is verantwoordelijk voor de medische zorg (conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO); de verpleegkundige is verantwoordelijk voor de verpleegkundige zorg (eveneens conform de Wet BIG). De aanbieder van het eerstelijns verblijf moet de randvoorwaarden creëren waaronder de zorgaanbieders hun zorg verantwoord en adequaat kunnen leveren.

In de beleidsregel ([BR/REG-17119](#)) worden de volgende eerstelijns verblijf prestaties onderscheiden:

1. Eerstelijns verblijf laag complex;
2. Eerstelijns verblijf hoog complex;
3. Eerstelijns verblijf voor palliatief terminale zorg.

De drie prestaties eerstelijns verblijf omvatten in ieder geval de volgende componenten:

- Verblijf voor zorg die medisch noodzakelijk is. Hierbij is inbegrepen de huisvestingskosten, inventaris, eten en drinken, schoonmaak, linnengoed, outillagemiddelen, etc.
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging.
- De geneeskundige zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. Bij de geneeskundige zorg is ook de eerstelijns diagnostiek, uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, inbegrepen<sup>1</sup>.
- De paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie).

---

<sup>1</sup> Eerstelijnsdiagnostiek uitgevoerd door andere zorgaanbieder dan SO/AVG of op een andere locatie valt niet binnen de ELV prestatie



Prestatie ELV

- Laag complex
- Hoog complex
- PTZ

Het doel van eerstelijns verblijf is het analyseren van de aandoening(en) en/of beperking(en) en de gevolgen hiervan, deze opheffen c.q. stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is.

Hieronder wordt een aantal situaties opgesomd waarin er géén aanspraak gemaakt kan worden op eerstelijns verblijf:

- Bij een ernstig en/of acuut psychiatrisch beeld en dusdanige gedragsproblematiek dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis geïndiceerd is;
- Bij somatische aandoeningen die behandeling behoeven door een medisch specialist in combinatie met verblijf;

- Bij haalbare revalidatiedoelen waarvoor medisch specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg (GRZ) aangewezen is;
- Indien respijtzorg aangewezen is. Er is/dreigt voor de patiënt geen gezondheidsbedreigende situatie en er is geen (specifieke) medische behandeling noodzakelijk;
- Indien er hoofdzakelijk sociale problemen zijn zoals op het gebied van wonen en/of financiën.

Een verzekerde met een Wlz-indicatie, verzilverd in een intramurale Wlz instelling (verblijf en behandeling) of in de thuissituatie op basis van een Module Pakket Thuis (MPT) of Volledig Pakket thuis (VPT) heeft geen aanspraak op eerstelijns verblijf maar moet worden opgenomen in een intramurale Wlz instelling, indien blijkt dat de zorg thuis niet meer verantwoord is.

## 4. Toegang tot eerstelijns verblijf

De huisarts geeft een ELV indicatie af, zolang deze zorg medisch noodzakelijk is. Met een ELV indicatie kan de zorgaanbieder de zorg verlenen aan de verzekerde, echter niet langer dan 6 maanden. Indien verblijf langer dan 6 maanden duurt, dient voor de verlenging een machtigingsaanvraag te worden ingediend. Gedurende het jaar 2017 gaat Menzis de verblijfsduur monitoren. Wanneer blijkt dat de verblijfsduur toeneemt of hoger is dan verwacht, wordt het machtigingsbeleid aangescherpt. Tevens moet de (her)indicatie opgenomen worden in het behandelplan van de verzekerde. Een verzekerde kan zeven dagen per week worden opgenomen bij een ELV zorgaanbieder.

### 4.1 Indicering

Op verzoek van het ministerie van VWS is er een “Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf” ontwikkeld. Het instrument is een hulpmiddel voor de betrokken zorgprofessionals bij de overwegingen voor opname in het eerstelijns verblijf totdat de LHV een meer uitgewerkt afwegingsinstrument heeft ontwikkeld. De verwachting is dat de LHV in september een instrument beschikbaar heeft.

Het afwegingsinstrument geeft een zorginhoudelijke invulling: het formuleert de zorginhoudelijke overwegingen die bij de afwegingen rond opname een rol kunnen spelen. Het is een document van de betrokken beroepsgroepen welke huisartsen/SO kunnen gebruiken om de indicatie ELV te bepalen. De indicatie wordt gesteld onder

verantwoordelijkheid van de huisarts (eventueel via een verlengde arm constructie). De indicatie maakt onderdeel uit van het medisch dossier.

Bij het indiceren voor eerstelijns verblijf moet duidelijk zijn dat het wijkteam/de wijkverpleegkundige vaststelt dat de verzekerde, ook met optimale inzet van zorg, niet verantwoord thuis kan wonen. Indien de huisarts een patiënt wil insturen voor kortdurend eerstelijns verblijf:

- heeft hierover afstemming plaats gevonden met patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger,
- geeft de huisarts, na akkoord van de patiënt, de diagnose/ indicatie en afweging door aan het betreffende adviescentrum van de aanbieder,
- worden er afspraken gemaakt met de zorgaanbieder over de overdracht van medische gegevens,
- neemt de aanbieder in de eerste week de verwachte ontslag datum op in behandelplan,
- De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het behandelplan.

### 4.2 Ketenafspraken snelle doorstroom naar eerstelijns verblijf

Om de plaatsing van verzekerden voor ELV zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen goed in te regelen, dienen



ziekenhuizen/huisartsen/ELV-zorgaanbieders ketenafspraken te maken met de andere zorgaanbieders en aan te sluiten bij een elektronisch transferproces (zoals ZorgnaZorg, Zichtbare schakel). De ELV-zorgaanbieder/ziekenhuis/huisarts dient regionaal ketenafspraken gemaakt te hebben. Hierin worden onder andere de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden gedurende de zorg, de behandeling maar ook de nazorg van de partijen beschreven. We verwachten dat deze werkafspraken in een regionaal convenant tussen partijen zijn vastgelegd. Dit convenant wordt op aanvraag aangeleverd.

### 4.3 Instroom in eerstelijns verblijf

Patiënten kunnen via verschillende wegen instromen in een eerstelijns verblijfsvoorziening:

- a. Vanuit de thuissituatie;
- b. Na een opname in het ziekenhuis;
- c. Vanuit de geriatrische revalidatiezorg (GRZ).

#### a) Vanuit de thuissituatie

Wanneer iemands gezondheid acuut slechter wordt, kan de (huis)arts in overleg met een SO/AVG en/of verpleegkundige (transferbureau) bepalen of er sprake is van een opname-indicatie voor ELV, zodat de verzekerde tijdelijk opgenomen kan worden bij een gecontracteerde ELV zorgaanbieder. De huisartsenzorg vervult hiermee een centrale rol in de keten van eerstelijns verblijf.

Opname vanuit de thuissituatie naar ELV kan pas in gang worden gezet nadat de overdracht van zorg en/of behandeling met de

opvolgend zorgaanbieder is afgestemd. Een actueel medicatieoverzicht maakt deel uit van deze overdracht. De huisarts overweegt wat nodig is voor de verzekerde en wat mogelijk is in de eigen omgeving. Hij kan vervolgens besluiten dat opname wenselijk is en overlegt daarover met de verantwoordelijke arts binnen het eerstelijns verblijf. Het hoeft niet per se de 'eigen' huisarts te zijn, die de patiënt aanbiedt voor opname. Over de overdracht van zijn verantwoordelijkheid voor de verzekerde kan hij afspraken maken met andere zorgaanbieders en huisartsenposten. De huisarts zorgt ervoor dat een gecontracteerde zorgaanbieder de indicatiestelling voor eerstelijns verblijf ontvangt.

#### b) Na een opname in het ziekenhuis

De medisch specialist bepaalt of een patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis. Daarna kijkt de transferverpleegkundige welke voorziening passend is voor de patiënt en overlegt dit met de huisarts en de patiënt. De transferverpleegkundige kan een advies met onderbouwing doen, echter de huisarts is verantwoordelijk voor de afgifte van de ELV-indicatie. Als de huisarts het eens is met het advies van de transferverpleegkundige, dan geeft de huisarts de formele indicatie voor ELV af. De huisarts dient de ELV indicatie na advies transferverpleegkundige binnen twee dagen af te geven.

Let op: Deze route is anders dan voorheen onder de Wlz, omdat onder de Zvw de indicatiestelling niet meer via het CIZ verloopt maar via de huisarts.

Zodra de indicatie afgegeven is kan de patiënt overgedragen worden aan de ELV-aanbieder. Het ziekenhuis zorgt voor een soepele overdracht naar de ELV aanbieder. Op de dag van ontslag wordt een

schriftelijk medische overdracht aan de ELV aanbieder gegeven met aandacht voor verpleegkundige zorg, voor met de mantelzorg gemaakte afspraken en met een intercollegiaal telefoonnummer van de medisch specialist die in het ziekenhuis aanspreekpunt is. Tevens wordt bij de overdracht een actueel medicatieoverzicht conform de richtlijn “Overdracht van medicatiegegevens” verstrekt. Deze verpleegkundige en paramedische overdracht dient tevens te worden verstrekt aan de opvolgende zorgaanbieder.

c) Vanuit de geriatrische revalidatiezorg (GRZ)

In sommige gevallen kan na de GRZ behandeling de specialist ouderengeneeskundige en de huisarts in samenspraak met de verzekerde bepalen, dat het ondanks de aanwezige zorg en ondersteuning onverantwoord is om al naar huis te gaan. Het onderscheid met kortdurend eerstelijns verblijf is dat bij geriatrische revalidatiezorg een behandeldoel gericht op functionele verbetering op de voorgrond staat. De specialist ouderengeneeskunde kan in het ziekenhuis (net als bij GRZ) geconsulteerd worden voor de patiënten van wie verwacht wordt dat ze na de revalidatie niet terug kunnen keren naar de eigen woonvoorziening en tijdelijk opgenomen moeten worden bij een ELV aanbieder. De specialist ouderengeneeskundige kan na overleg met de huisarts de ELV indicatie stellen.

#### 4.4. Verantwoordelijkheid gedurende de opname

Ongeacht de wijze waarop de verzekerden instromen bij eerstelijns verblijf, kan de huisarts gedurende het eerstelijns verblijf de

medische verantwoordelijkheid over de verzekerde overdragen aan de specialist ouderengeneeskunde die werkzaam is bij de gecontracteerde zorgaanbieder. De specialist ouderengeneeskunde levert ‘zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’ ongeacht of het de prestatie laag complex, hoog complex of palliatieve zorg betreft. De aanbieder draagt er zorg voor dat altijd duidelijk is welke arts hoofdbehandelaar is, zodat voor patiënt en familie duidelijk is welke arts voor hen het eerste aanspreekpunt is en welke arts de behandeling coördineert.

Het is aan de betrokken huisarts en specialist ouderengeneeskunde om afspraken te maken over de zorgverlening, over de verantwoordelijkheidsverdeling en om te bepalen op welk moment de patiënt weer onder de hoede van de huisarts komt. In het behandelplan moet duidelijk de begindatum, mogelijke ontslagdatum en prestatie vermeld staan. De artsen regelen de overdracht zelf. Duidelijk wordt dan hoe zelfredzaam de patiënt is, of er nog extra zorg en ondersteuning, of aanpassingen aan het huis, nodig zijn.

In een multidisciplinaire overleg kan overwogen worden of op- of afschalen van ELV prestaties of stopzetten van de indicatie noodzakelijk is. Deze verschuiving in indicatie dient te worden opgenomen in het behandelplan van de verzekerde. Menzis gaat ervan uit dat deze zorg, daar waar mogelijk, op dezelfde locatie plaatsvindt. De zorgaanbieder declareert de veranderende prestatie zodra de huisarts heeft aangegeven dat af- of opschaling noodzakelijk is.

In het geval de verzekerde vanuit de ELV weer naar de thuissituatie teruggaat moet de noodzakelijke zorg en ondersteuning in de thuissituatie in kaart zijn gebracht en de huisarts en/of wijkverpleging zijn geïnformeerd, alvorens tot ontslag wordt overgegaan.

#### 4.5 Ontwikkelen ander zorgaanbod

Het ontwikkelen van nieuw aanbod moet een duidelijk toegevoegde waarde hebben welke in samenwerking met huisartsen, zorggroepen, intramurale zorgaanbieders en gemeenten tot stand is

gekomen en die bijdraagt aan het oplossen van een lokaal of regionaal gezondheidszorgprobleem.

In 2017 gaat Menzis de lokale initiatieven inventariseren. We zijn van mening dat er per regio een centraal aanspreekpunt moet komen waar overzicht is over het aantal beschikbare ELV bedden en de locatie daarvan. Het aanspreekpunt is 24/7 bereikbaar.

In de kernregio's wil Menzis in 2017 samen met de tweedelijns en eerstelijns zorgaanbieders de herinrichting van het zorgaanbod voortzetten.



## 5 Inkoop eerstelijns verblijf bij zorgaanbieders

In het afwegingsinstrument eerstelijns verblijf is een inventarisatie gemaakt wat een zorgaanbieder minimaal aan behoeften moet hebben voor eerstelijns verblijf, zodat de zorg verantwoord geleverd kan worden. Het betreft een niet-uitputtende beschrijving, deels omdat wet- en regelgeving rondom verantwoorde zorg voortdurend kan wijzigen. Menzis beschouwt deze inventarisatie als een minimale vereiste van behoeften voor zorgaanbieders om deze zorg te leveren en heeft dit opgenomen in bijlage 3 van het inkoopbeleid.

### 5.1. Bestaande zorgaanbieders

Menzis maakt onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Een bestaande zorgaanbieder is een zorgaanbieder die in 2016 een overeenkomst heeft in het kader van de subsidieregeling eerstelijns verblijf (die gedurende 2016 niet is ontbonden) en daarop ook productie heeft geleverd.

Menzis biedt bestaande zorgaanbieders in 2017 een eenjarige overeenkomst aan, onder voorbehoud van landelijke besluitvorming en onder voorbehoud van het feit dat ze voldoen aan de gestelde geschiktheids- en uitvoeringseisen en de uitsluitingsgronden niet van toepassing zijn. Dit betekent dat we ons het recht voorbehouden om maatregelen te treffen, met als ultimatum remedium: ontbinding van de overeenkomst als we gedurende de looptijd van de

overeenkomst constateren dat aan een of meer voorwaarden of vereisten niet wordt voldaan,

### 5.2 Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2016 geen overeenkomst hadden in het kader van de subsidieregeling eerstelijns verblijf en/of geen productie eerstelijns verblijf hebben geleverd. Zie voor wijze inschrijven hoofdstuk 7 en voor de gestelde eisen bijlagen 1 tot en met 4. Nieuwe aanbieders moeten de aanvullende gegevens zoals aangegeven in de bestuursverklaring aanleveren.

### 5.3 Culturele achtergrond en geloofsovertuiging

Menzis vindt het van belang dat bij de invulling van de kortdurende zorgvraag zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de culturele achtergrond en/of specifieke geloofsovertuiging van de verzekerde. We zijn echter van mening dat de eerstelijns verblijf zorg dermate specialistisch is, dat het kwalitatief niet verantwoord is om zorgaanbieders te contracteren die zich specifiek richten op één doelgroep met een specifieke culturele achtergrond en/of geloofsovertuiging. Wel vragen we zorgaanbieders om ons te informeren over eventuele doelgroepen die binnen hun instelling worden behandeld, zodat we onze klanten voor hun zorg beter kunnen leiden naar de juiste zorgaanbieder.

## 6. Thematische aandachtspunten

Door goede (keten)afspraken te maken kan er kwalitatief goede en betaalbare ELV zorg ingekocht worden. Goede zorg betekent niet alleen een goede uitkomst van zorg maar ook een goede inzet van middelen, doelmatige- en effectieve zorg. Om dit te kunnen realiseren verwachten we dat de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, transferbureaus van ziekenhuizen, verpleeghuizen en gemeenten per regio in een convenant worden vastgelegd. De huisarts en de ELV zorgaanbieder nemen hiertoe het initiatief.

### 6.1 Kwaliteitsstandaard afbakening eerstelijns verblijf

De beroepsgroepen dienen zich te houden aan wet- en regelgeving rondom verantwoorde zorg. Het opstellen van kwaliteitsnormen is primair de verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen zelf.

Kortdurend eerstelijns verblijf en geriatrische revalidatiezorg worden beide gekenmerkt door een tijdelijke periode waarin 24-uurs toezicht of zorg nodig is. De patiënt is ernstig beperkt in het veranderen van lichaamshouding en het verplaatsen binnenshuis, heeft ondersteuning of overname van zorg nodig bij het wassen, het kleden en de toiletgang, en veelal hulp, toezicht en sturing nodig vanwege cognitieve problemen. Het onderscheid met kortdurend eerstelijns verblijf is dat bij geriatrische revalidatiezorg een behandeldoel gericht op functionele verbetering op de voorgrond staat. Ook moet er bij geriatrische revalidatiezorg altijd sprake zijn

van een zorgvraag die zó complex is dat er coördinatie, regie en supervisie nodig is van een multidisciplinair team.

Er is geen landelijke indicatiestelling, geen scherpe afbakening tussen (de zorg binnen het) eerstelijns verblijf en de geriatrische revalidatiezorg en geen scherpe afbakening tussen laag complex en hoog complex. Dit vormt een verhoogd risico op ondoelmatige zorg en overschrijding van het macrokader, waardoor uiteindelijk de zorgaanbieders risico lopen op het feit dat het budget gekort gaat worden. Menzis verwacht van de betrokken beroepsgroepen in 2017 dat ze komen tot een triagetool en dit verder doorontwikkelen.

Daarnaast vinden we het van belang dat zorgaanbieders in de keten aantoonbare samenwerkingsafspraken hebben gemaakt op het gebied van kennis, overdracht en triage.

### 6.2 (Landelijk) monitoringsinstrument

Aanbieders van ELV, zorgverzekeraars en verzekerden hebben een gezamenlijk belang om de zorg toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar te houden. In 2017 wil Menzis op basis van kwaliteit, klantbeleving en kosten de prestaties van aanbieders monitoren.

#### Kwaliteit

Zolang er nog geen landelijke monitoringsinstrument is voor ELV sluit Menzis aan bij de GRZ monitoringssystematiek en zal daarbij focussen op het percentage cliënten dat binnen 6 maanden is ontslagen en de gemiddelde doorlooptijd van opnamen. Waarbij onder andere de ligduur per doelgroep en ontslagrichting zal worden

gevolgd/ geïnventariseerd. De gedurende 2017 opgedane inzichten en ervaringen worden meegenomen voor 2018. Voor de inkoop 2017 hanteert Menzis geen volume-norm. Wellicht is dit in de toekomst wel noodzakelijk om kwaliteit en continuïteit van zorg te kunnen waarborgen.

### Klantbeleving

We willen als zorgverzekeraar samen met partijen in het veld de verantwoordelijkheid nemen om de kwaliteit van zorg voor onze klanten inzichtelijk te maken. Gecontracteerde ELV instellingen zijn verplicht om klanttevredenheidsonderzoeken bij hun cliënten te houden. Menzis zal hieraan bij haar inkoop voor 2018 nadrukkelijk aandacht besteden en zo nodig informatie opvragen. Onderdeel van de pijler klantbeleving is de door de klant ervaren uitkomst van zorg. In 2017 is deze informatie en uitwerking echter nog beperkt beschikbaar, waardoor veranderende specificaties gedurende het jaar verder worden vormgegeven.

### Zorgkosten

Het efficiënt en doelmatig organiseren van ELV is erg belangrijk. In de praktijk betekent dit meer cliënten behandelen met minder geld. Dit wordt onder andere gerealiseerd door het stimuleren van een verkorte ligduur en verhoogde behandelinzet.

## 6.3 Doelmatigheid ketenpartners

Bij de ELV is het uitgangspunt dat er sprake is van een samenhangend pakket aan zorg waarbij een integrale prestatie is vastgesteld, met uitzondering van farmaceutische zorg, individueel

aangepaste hulpmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek, voor zover deze niet uitgevoerd wordt in de setting van ELV door de SO/AVG. Ook de huisartsenzorg zit niet in deze prestatie. Indien de huisarts zorg verleent in het kader van ELV, kan de huisarts dit apart declareren conform de beleidsregel [Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2017](#).

Gezien het feit dat er sprake is van een integraal tarief, kan de zorgaanbieder geen enkele verpleegkundige zorg gedurende de ELV opname apart declareren. Specialistische vormen van verpleging welke vergelijkbaar kunnen zijn met verpleging in het kader van medisch specialistische verpleging thuis komen dus niet voor aparte declaratie in aanmerking. Hierbij wordt aangesloten bij de tot op heden gebruikelijk werkwijze.

### *Huisarts hoofdbehandelaar:*

Bij aanbieders die ervoor kiezen om in de regel huisartsen als hoofdbehandelaar in te zetten voor ELV wordt het NZa tarief naar beneden bijgesteld.

### *Eerstelijns diagnostiek*

De diagnostiek die uitgevoerd wordt door de SO/AVG valt onder het integrale ELV-tarief. Als de diagnostiek door de huisarts in eigen beheer wordt uitgevoerd dan kan de huisarts hiervoor de reguliere prestaties en tarieven in de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in rekening brengen.

Als de diagnostiek wordt aangevraagd door huisarts/so/avg, maar wordt uitgevoerd door een zorgaanbieder op een andere locatie,

stuurt het ziekenhuis/ gecontracteerde eerstelijns diagnostiek aanbieder de rekening voor de diagnostiek naar de zorgverzekeraar.

Menzis contracteert, tenzij anders afgesproken, ELV zorg inclusief verblijf en geneeskundige zorg geleverd door SO of AVG arts en verwacht dat wanneer de diagnostiek noodzakelijk is, dit waar mogelijk geleverd wordt op dezelfde locatie als waar de verzekerde verblijft.

#### *Paramedische zorg*

De paramedische zorg die samenhangt met de indicatie voor verblijf valt binnen de ELV-prestaties. De zorgaanbieder treft maatregelen zodat dubbelloop wordt voorkomen. Indien blijkt dat de paramedicus de zorg behorende bij de ELV zelf heeft gedeclareerd, zal de zorgaanbieder dit moeten terugbetalen. De zorgaanbieder moet medewerkers inzetbaar hebben die als kwaliteit geregistreerde in het Kwaliteitsregister Paramedici of Ergo staan, voor fysiotherapeuten is dit de registratie in het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) en/of het Centraal KwaliteitsRegister (CKR).

Paramedische zorg die binnen de ELV zorg is geleverd mag niet via de eerstelijns- of tweedelijnsdeclaraties opnieuw worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.

Dat betekent dat indien een patiënt thuis al paramedische zorg ontvangt voor een andere indicatie dan die waarvoor hij/zij in het ELV is opgenomen, en deze zorg wordt voortgezet, deze zorg apart

via de reguliere beleidsregel van de paramedische zorg in rekening wordt gebracht.

Het is niet zo dat paramedische zorg die, voorafgaand aan het verblijf, extramuraal geleverd wordt, tijdens een eerstelijns verblijf onder de vleugels van de prestatie verblijf wordt voortgezet. Het is eerder waarschijnlijk dat eventuele extramurale paramedische zorg wordt stopgezet, zodra een patiënt verblijft en na ontslag wordt voortgezet.

De ELV aanbieder maakt met de ketenpartners afspraken ter voorkoming van dubbele declaraties voor dezelfde zorg.

#### *Onderlinge dienstverlening*

De gecontracteerde zorgaanbieders dienen zelfstandig een integraal zorgaanbod aan de klant aan te bieden zonder dat er gebruik gemaakt wordt van onderlinge dienstverlening. Bij een complexe zorgvraag of in het belang van een patiënt, kan onderlinge dienstverlening mogelijk noodzakelijk zijn, omdat het om een complexe zorgvraag gaat welke reeds in de thuissituatie is gestart en moeilijk over te dragen is aan andere zorgaanbieders. De zorgaanbieder mag niet meer dan 5% van de gehele ELV omzet in onderlinge dienstverlening bij een andere zorgaanbieder onderbrengen.



## 6.4 Geneesmiddelen en Hulpmiddelen

### *Farmaceutische zorg*

Onder de farmaceutische zorg, die géén onderdeel uitmaakt van de ELV prestaties, vallen geneesmiddelen en toebehoren en de dieetpreparaten/(totale) chronische parenterale voeding met toebehoren. De kosten kunnen in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraar, voor zover de kosten vallen binnen de verzekerde aanspraak Zvw.

### *Hulpmiddelen*

Ten aanzien van de hulpmiddelen geldt een onderscheid tussen outillagehulpmiddelen en individuele hulpmiddelen. De outillagehulpmiddelen zijn onderdeel van de aanspraak op ELV.

De individuele hulpmiddelen vallen buiten het tarief voor ELV.

Een zorgaanbieder die ELV aanbiedt, moet voldoende toegerust zijn om die zorg te bieden en ingericht zijn op de doelgroep die ELV nodig heeft. Dat wil zeggen dat bepaalde voorzieningen altijd aanwezig moeten zijn, als outillage (uitrusting, materieel) voor het verblijf in, en de zorgverlening door de zorgaanbieder. In bijlage 4 van het inkoopbeleid wordt het onderscheid in individuele hulpmiddelen en outillagemiddelen verder uiteen gezet.

Individuele hulpmiddelen die de verzekerde in de eigen omgeving gebruikt en die daar via de extramurale prestatie worden vergoed, worden tijdens het verblijf nog steeds tot de extramurale prestatie gerekend. De verzekerde kan deze hulpmiddelen gedurende de ELV opname meenemen en in de instelling gebruiken.

Indien blijkt dat de hulpmiddelen op basis van een andere voorliggende wettelijke voorziening reeds betaald worden mag de zorgaanbieder deze hulpmiddelen niet als hulpmiddelen onder de ELV in rekening brengen. Bij overdracht van de huisarts/ziekenhuis moet dit in kaart zijn gebracht.

De verzekerde of de zorgaanbieder namens de verzekerde, dient voorafgaande aan de inzet van nieuwe hulpmiddelen in overleg te treden met de zorgverzekeraar, zodat deze kan beoordelen of de nieuwe hulpmiddelen vallen onder de ELV.

## 6.5 Controle op zorgkosten

We hechten zeer aan transparante zorgkosten en het verminderen van declaratiefouten. Integriteit is voor alle partijen in de zorg een belangrijk punt. De hele zorgsector heeft een verantwoordelijkheid om integer en transparant te handelen en daarvoor haar verantwoording af te leggen. Ook Menzis neemt hierin haar verantwoordelijkheid.

In 2017 blijft Menzis aandacht houden voor het correct declareren van zorg door bijvoorbeeld controles tijdiger uit te voeren en gemaakte afspraken beter te controleren. Ook gaan we meer gebruik maken van data-analyses zodat we eventuele onregelmatigheden in de ELV declaraties tijdiger kunnen opsporen.

Samen met zorgaanbieders willen we dat onze verzekerden zorg ontvangen die daadwerkelijk nodig is, waarbij doelmatig met de gelden is omgesprongen. De afspraken hierover zijn contractueel





vastgelegd en Menzis gaat in 2017 controles houden om de rechtmatigheid van bovenstaande zorgkosten beter in kaart te brengen en waar nodig actie te ondernemen.

Menzis gebruikt het jaar 2017 om samen met ZN/ belangrijke stakeholders in de kernregio's een dataset en monitoringsgegevens te ontwikkelen om zo de inzet van ELV te volgen. Deze informatie wordt gebruikt voor het inkoopbeleid 2018. In 2018 ligt de nadruk op het breder uitvragen bij alle zorgaanbieders van de verzamelde data. Op basis daarvan kunnen we vervolgens spiegelinformatie verschaffen en het gesprek aangaan.

#### 6.5.1 Formele controle, materiële controle en controle op gepast gebruik

Menzis voert controles uit op basis van een jaarlijks [controleplan](#). Het doel van de controles is om te bepalen of zorgkosten doel- en/of rechtmatig zijn gedeclareerd. Het gaat er hierbij om het vaststellen of zorgkosten conform wettelijke, contractuele of polis-(indicatie)voorwaarden rechtmatig zijn vergoed. Indien nodig worden declaraties gecorrigeerd, dan wel teruggevorderd of verrekend.

## 7. Inkoopproces eerstelijns verblijf

Bestaande zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een Overeenkomst ELV 2017 kunnen dat aangeven door het invullen van de bestuursverklaring. Indien Menzis het aanbod akkoord heeft bevonden, ontvangt de zorgaanbieder een contract.

Nieuwe zorgaanbieders (dit zijn zorgaanbieders die in 2016 nog geen overeenkomst ELV hadden) die in aanmerking willen komen voor een Overeenkomst ELV 2017 kunnen dit kenbaar maken via het format nieuwe zorgaanbieders. De nieuwe zorgaanbieder moet daarbij het volledig ingevulde inschrijfformat en de ondertekende bestuursverklaring (inclusief de daarin genoemde aan te leveren documenten; zie bijlage 1 bij de bestuursverklaring) meesturen.

Zorgaanbieders moeten voor 20 september 2016 aan Menzis kenbaar maken dat ze voor 2017 een overeenkomst met ons willen sluiten. Aanvragen die na 20 september 2016 binnenkomen worden niet meer meegenomen worden in de inkoop van 2017. Nieuwe aanvragen voor een overeenkomst in 2017 zullen niet in behandeling worden genomen indien de zorgaanbieder niet voldoet aan het beleid en/of onvolledig is in het invullen van de bestuursverklaring.

Na beoordeling van de stukken ontvangt de zorgaanbieder een email met de instructies, waarmee u digitaal een contract krijgt aangeboden ter ondertekening.

Niet tijdig voldoen aan een van de voorwaarden betekent dat Menzis geen contract ELV 2017 aangaat. Het toekennen van een overeenkomst eerstelijns verblijf 2017 aan een nieuwe zorgaanbieder is ter vrije keuze van Menzis. Wanneer eenmaal is ingeschreven kan de inschrijving niet meer gewijzigd worden.

### 7.1 Voorwaarden aan inschrijving

De zorgaanbieder dient uitsluitend gebruik te maken van de hierboven beschreven inschrijfprocedure. De zorgaanbieder mag slechts bij één inschrijving voor ELV betrokken zijn en schrijft met één NZa instellingscode, KvK nummer en AGBcode per locatie in.

Door middel van inschrijving geeft de zorgaanbieder aan op de hoogte te zijn van de inhoud van dit zorginkoopdocument, alsmede en de aan deze documenten verbonden bijlagen. Tevens geeft de zorgaanbieder aan dat hij akkoord gaat met de inkoopprocedure, het bijbehorende contracteerproces en de hieraan verbonden voorwaarden, alsmede de overeenkomst.

De bestuursverklaring dient ondertekend te worden door de persoon/personen die daartoe gerechtigd zijn volgens de KvK, dan wel een gemachtigde.

### 7.2 Verifiëren van informatie

Menzis behoudt zich het recht voor om alle verstrekte informatie te verifiëren en om aanvullende informatie op te vragen.

### 7.3 Financieel beleid

Menzis heeft de maatschappelijke rol en verantwoordelijkheid om de kosten van de zorg te beheersen. Ook zorgaanbieders hebben en voelen de verantwoordelijkheid voor het betaalbaar houden van de zorg. De juiste zorg moet op de juiste plaats tegen de juiste kosten worden geleverd en daarom pakt Menzis vooral in de regio een actieve (inkoop)rol om dit te bewerkstelligen. Dit vraagt ook een actieve rol van huisartsen, zorggroepen, paramedische zorgaanbieders, ELV aanbieders.

De definitieve omvang van het ELV budget dat aan het GRZ-kader wordt toegevoegd ten behoeve van het eerstelijns verblijf wordt bekend gemaakt in de VWS-begroting 2017 (Prinsjesdag 3e dinsdag van september). Over de nadere invulling van het financieel beleid wordt later gecommuniceerd.

## 8. Procedures zorginkoop 2017

### 8.1 Tijdsplan

Op 19 november 2016 moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2017 heeft gecontracteerd. Dit om verzekerden voldoende tijd te geven om een keuze te maken voor een zorgverzekeraar. Deze datum is het uitgangspunt voor de planning in de voorbereiding van het maken van contractafspraken met zorgaanbieders voor 2017. We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2016 af te ronden. Vanaf 19 november 2016 kunnen onze verzekerden via onze website ([www.menzis.nl/zorgvinder](http://www.menzis.nl/zorgvinder)) nalezen met welke zorgaanbieders we contractafspraken hebben gemaakt. Het tijdsplan van de beleidsontwikkeling en contractering 2017 ziet er als volgt uit:

Datum	
In de week van 15 augustus 2016	Publicatie kaders inkoopbeleid ELV 2017
Vanaf 30 augustus 2016	Start inkoopproces en aanmelding ELV 2017
20 september 2016	Uiterste datum aanmelding nieuwe zorgaanbieders
Uiterlijk 15 oktober 2016	Verzending contract
Vóór 1 november 2016	Retourneren overeenkomst
19 november 2016	Publicatie van het gecontracteerde zorgaanbod voor 2017 op Menzis Zorgvinder

## 8.2 Bereikbaarheid

Menzis streeft ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders te ontsluiten via onze website [www.menzis.nl/zorgaanbieders](http://www.menzis.nl/zorgaanbieders). Actuele informatie en veel gestelde vragen over het inkopen van zorg, declareren en machtigingen kunt u raadplegen op deze website.

Heeft u de informatie online niet gevonden? Neem dan contact met ons op via:

- het online contactformulier op de website na het doorlopen van de veel gestelde vragen;
- het e-mailadres: [ELV-TOZ@menzis.nl](mailto:ELV-TOZ@menzis.nl);
- het telefoonnummer 088 222 40 00. We zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur. Wilt u de AGB-code van de praktijk of van u als zorgaanbieder bij de hand houden?

We proberen uw vraag binnen 5 werkdagen zo goed mogelijk te beantwoorden.

## 8.3 Betrokkenheid verzekerden en zorgaanbieders bij totstandkoming inkoopbeleid

Menzis koopt zorg in die zoveel mogelijk aansluit bij wat onze verzekerden nodig hebben.

Bij de totstandkoming van het inkoopbeleid 2017 heeft Menzis op verschillende manieren input verzameld bij ziekenhuizen, huisartsen en intramurale aanbieders.

De input en de feedback die we van deze partijen hebben ontvangen, hebben we meegenomen bij het opstellen van dit zorginkoopbeleid.



# Bijlagen

# Bijlage 1

## *Uitsluitingsgronden*

(deze uitsluitingsgronden moeten per datum van inschrijving niet van toepassing zijn)

De zorgaanbieder komt niet in aanmerking voor een overeenkomst als:

1. er jegens deze aanbieder bij een onherroepelijk geworden rechterlijke uitspraak een veroordeling als in sub 2 bedoeld is uitgesproken waarvan de zorgverzekeraar kennis heeft.
2. Voor uitsluiting komen in aanmerking veroordeling ter zake van :
  - a. deelneming aan een criminele organisatie in de zin van artikel 2, eerste lid, van Gemeenschappelijk Optreden 98/733/JBZ van de Raad, (PbEG 1998, L 351);
  - b. omkoping in de zin van artikel 3 van het besluit van de Raad van 26 mei 1997 (PbEG 1997, L 195) respectievelijk artikel 3, eerste lid, van Gemeenschappelijk Optreden 98/742/JBZ van de Raad (PbEG 1998, L 358);
  - c. fraude in de zin van artikel 1 van de overeenkomst aangaande de bescherming van de financiële belangen van de Gemeenschap (PbEG 1995, C 316);
  - d. witwassen van geld in de zin van artikel 1 van richtlijn nr. 91/308/EEG van de Raad van 10 juni 1991 tot voorkoming van het gebruik van het financiële stelsel voor het witwassen van geld (PbEG L 1991, L 166) zoals gewijzigd bij richtlijn nr. 2001/97/EG van het Europees Parlement en de Raad (PbEG L 2001, 344).
3. Als veroordelingen als bedoeld in sub 2 worden in ieder geval aangemerkt veroordelingen op grond van artikel 140, 177, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht.
4. Menzis betreft bij de toepassing van het eerste lid uitsluitend rechterlijke uitspraken die in de vier jaar voorafgaand aan het tijdstip van het indienen van het verzoek tot deelneming of de inschrijving onherroepelijk zijn geworden
5. De zorgaanbieder komt tevens niet in aanmerking voor een overeenkomst als:

- a. de zorgaanbieder in staat van faillissement of liquidatie verkeert, diens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens hem geldt een surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord, of de zorgaanbieder verkeert in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving;
- b. jegens de zorgaanbieder is een onherroepelijk geworden rechterlijke uitspraak gedaan op grond van de op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving wegens overtreding van een voor hem relevante beroepsgedragsregel;
- c. de zorgaanbieder heeft in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout begaan die door Menzis aannemelijk kan worden gemaakt;
- d. de zorgaanbieder heeft niet voldaan aan verplichtingen op grond van op hem van toepassing zijnde wettelijke bepalingen met betrekking tot betaling van sociale zekerheidspremies of belastingen;
- e. de zorgaanbieder heeft zich in ernstige mate schuldig gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van inlichtingen die door Menzis van hem waren verlangd of hij heeft die inlichtingen niet verstrekt.
- f. De overeenkomst eerstelijns verblijf in een voorgaand jaar op initiatief van Menzis tussentijds is beëindigd

Menzis betreft bij de toepassing van onderdeel b, uitsluitend onherroepelijke uitspraken die in de vier jaar voorafgaand aan het tijdstip van het indienen van het verzoek tot deelneming of de inschrijving onherroepelijk zijn geworden en bij de toepassing van onderdeel c, uitsluitend ernstige fouten die zich in de vier jaar voorafgaand aan het genoemde tijdstip hebben voorgedaan.

## Bijlage 2

### A *Geschiktheidseisen*

(aan deze eisen moet de zorgaanbieder voldoen per datum inschrijving tenzij anders aangegeven)

Voor 2017 gelden de volgende geschiktheidseisen voor aanbieders van eerstelijns verblijf (ELV):

1. De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de zorgaanspraak Eerstelijns verblijf valt;
2. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel;
3. De zorgaanbieder beschikt over een formeel vereiste toelating verpleging en verzorging voor de levering van eerstelijns verblijf zoals opgenomen in de Zvw, en hij voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist
4. De zorgaanbieder heeft voor alle ingeschreven locaties waarin ELV wordt geleverd de bestemming gezondheidsfuncties conform Bouwbesluit 2015
5. De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
6. De zorgaanbieder beschikt over een verklaring omtrent gedrag (VOG) voor rechtspersonen (per 1 januari 2017)
7. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi;
8. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist;
9. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Zorgbrede Governancecode ingevoerd;
10. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is alsmede gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit).De zorgaanbieder verantwoordt zich hierover in het jaardocument;
11. De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens waaronder:
  - De zorgaanbieder handelt volgens het uniforme declaratieprotocol wijkverpleging, eerstelijns verblijf (ELV) en zorg zintuigelijk gehandicapten 2017, in afwijking van het landelijke declaratieprotocol dient de zorgaanbieder de declaraties op de AGBcode per locatie in.
  - relevante berichten, waaronder in ieder geval zodanig berichten/gegevens dat audit-trail mogelijk is



- financiële administratie is transparant, met een duidelijke scheiding tussen de financiering van eerstelijns verblijf, geriatrische revalidatiezorg, respijtbedden, Spoedbed Wlz en andere zorgvormen.
12. De zorgaanbieder heeft in de regio waarin hij actief een samenwerkingsovereenkomst met huisartsen, waarin de medische verantwoordelijkheid voor de zorg geborgd is. De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsovereenkomst met de huisarts op de locatie waarbij deze zorg is geleverd.
  13. De zorgaanbieder heeft voldoende bevoegde (BIG geregistreerde) en bekwame MBO en HBO- verpleegkundigen (minimaal niveau 4) en verzorgden. Ook beschikt de zorgaanbieder over een SOG/AVG die op alle ingeschreven locaties 24/7 inzetbaar zijn. Teneinde te allen tijde de zorg te kunnen verlenen die nodig is om aan de zorgbehoefte van de verzekerde te kunnen voldoen. Ook als daar specifiek deskundigheid voor vereist is of als deze zorg op onplanbare moment nodig is (24/7).
  14. De zorgaanbieder heeft medewerkers inzetbaar die als kwaliteit geregistreerde in het Kwaliteitsregister Paramedici of Ergo staan, voor fysiotherapeuten is dit de registratie in het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) en/of het Centraal KwaliteitsRegister (CKR).
  15. De zorgaanbieder heeft bij inschrijving geen aanwijzing van de IGZ gehad in de 1<sup>ste</sup> helft van 2016 op de locatie waarvoor hij inschrijft;
  16. De zorgaanbieder voldoet aan hetgeen is opgenomen in bijlage 3 'inventarisatie';
  15. De zorgaanbieder beschikt over outillage hulpmiddelen, zoals opgenomen in bijlage 4;
  16. De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacy-beleid;
  17. De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling;
  18. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis), of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2017 afgesloten.
  19. De zorgaanbieder beschikt over een samenstellings-, beoordelings- of controleverklaring met een goedkeurende strekking 2015 van een accountant.

#### Aanvullende geschiktheidseisen voor palliatieve zorg

- De zorgaanbieder draagt 24 uur per dag, 7 dagen per week zorg voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5, welke bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te kunnen bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen Palliatieve Zorg V&VN) en waarbij een minimaal niveau 4 verpleegkundige ook

de Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige is van de verzekerde. Tevens is de zorgaanbieder die op dat moment de zorg verleent aantoonbaar geschoold in de psychosociale aspecten, pijnbestrijding en verpleegtechnische handelingen.

- De zorgaanbieder beschikt over een aandachtsfunctionaris voor palliatieve zorg die direct betrokken is bij het primaire proces.
- De zorgaanbieder participeert actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het Netwerk zijn gemaakt.
- Binnen het netwerk is een consultatieteam beschikbaar met huisartsen en/of Specialist Ouderen Geneeskunde (SOG) die tenminste gestart zijn met de kaderopleiding palliatieve zorg of de zogenoemde Cardiff opleiding. De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening.
- De zorgaanbieder werkt met de Advanced Care Planning. De zorgaanbieder hanteert, indien aanwezig binnen het werkgebied, minimaal de aandachtspunten uit de LESA richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak), maar werkt bij voorkeur via PaTz.
- Zorgaanbieders die palliatief terminale zorg (WHO definitie) leveren, dienen een visie en beleid te hebben ontwikkeld voor deze zorg en hiernaar te handelen.

## *B Uitvoeringseisen*

Menzis hanteert voor alle gecontracteerde zorgaanbieders eerstelijns verblijf in 2017 dezelfde uitvoeringseisen. De onderstaande uitvoeringseisen worden opgenomen in de overeenkomst. Naast onderstaande uitvoeringseisen zal de overeenkomst ook andere bepalingen bevatten zoals bepalingen over zorgverlening en declaratie- en betalingsverkeer.

1. De aanbieder draagt er zorg voor dat altijd duidelijk is welke arts hoofdbehandelaar is, zodat voor patiënt en familie duidelijk is welke arts voor hen het eerste aanspreekpunt is en welke arts de behandeling coördineert
2. In het behandelplan moet duidelijk de begindatum, mogelijke ontslagdatum en prestatie vermeld staan zodat het duidelijk is dat het gaat om ELV laag complex, hoog complex of palliatieve zorg en wijzigingen hierin (zoals op- en afschaling).
3. Gecontracteerde ELV instellingen zijn verplicht om klanttevredenheidsonderzoeken bij hun cliënten te houden en de uitkomsten te delen met de zorgverzekeraar om het monitoringsinstrument voor 2018 en verder vorm te geven.

4. De zorgaanbieder maakt zo spoedig mogelijk regionale ketenafspraken, die in een convenant worden vastgelegd, waarbij in ieder geval afspraken met huisartsen (en evt. transferverpleegkundige, SOG en/of AVG) zijn opgenomen zodanig dat de medische verantwoordelijkheid voor de zorg geborgd is en waarin afspraken worden gemaakt op het gebied van kennis, overdracht en triage.
5. De zorgaanbieder mag niet meer dan 5 % van de gehele ELV omzet in onderlinge dienstverlening bij een andere zorgaanbieder onderbrengen.
6. De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat met de ketenpartners afspraken worden gemaakt ter voorkoming van dubbele declaraties voor dezelfde zorg.
7. De zorgaanbieder dient namens de verzekerde (indien de verzekerde dit niet zelf wenst te doen) voorafgaande aan de inzet van nieuwe hulpmiddelen in overleg te treden met de zorgverzekeraar, zodat deze kan beoordelen of de nieuwe hulpmiddelen vallen onder de ELV.
8. De zorgaanbieder stelt gegevens beschikbaar waarmee inzicht gegeven wordt over de productie per kwartaal en geleverde kwaliteit van zorg in een door Menzis opgesteld format. Menzis stelt dit format tijdig ter beschikking aan de zorgaanbieder.
9. Er wordt geen dubbele zorg/hulpmiddelen gedeclareerd of zorg/hulpmiddelen die ook door een ander geleverd moet/kan worden, of behoort tot een ander (voorliggend) domein (Wmo/ Wlz/Zvw).
10. Afhankelijk van de problemen bij en van de patiënt kan de zorgaanbieder professionals toevoegen aan het multidisciplinair (zorg) team, het team bestaand uit in ieder geval SOG/AVG, verpleegkundige en verzorgende

#### *Multidisciplinair team kwetsbare ouderen*

De professionals leveren zorg en behandelingen conform hun beroepsprofiel, richtlijnen en handreikingen van hun beroepsvereniging. Afhankelijk van de problemen bij en van de patiënt kunnen professionals toegevoegd worden aan het multidisciplinair (zorg) team: Fysiotherapeut, Ergotherapeut, Diëtist Logopedist, Maatschappelijk werker, Geestelijke verzorger, Gedragsdeskundige.

#### *Multidisciplinair team gehandicapten*

Afhankelijk van de problemen bij en van de patiënt kunnen professionals toegevoegd worden aan het multidisciplinair (zorg) team: Gedragsdeskundige, Orthopedagoog, GZ-psycholoog, Ergotherapeut, Fysiotherapeut, Logopedist, therapeut, gespecialiseerd in vaktherapieën zoals PMT, spel, muziek.

11. Uitvoeringseisen palliatieve zorg

- De vaststelling van de palliatief terminale fase gebeurt altijd en aantoonbaar in overleg met de (huis)arts. De zorgaanbieder maakt in het zorgplan naast de fysieke, psychische en sociale aspecten tevens zichtbaar dat de verzekerde de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden en dat zij ook de naasten van de verzekerde begeleiding en nazorg biedt
- De zorgaanbieder draagt 24 uur per dag, 7 dagen per week zorg voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5, welke bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te kunnen bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen Palliatieve Zorg V&VN) en waarbij een minimaal niveau 4 verpleegkundige ook de Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige is van de verzekerde. Tevens is de zorgaanbieder die op dat moment de zorg verleent aantoonbaar geschoold in de psychosociale aspecten, pijnbestrijding en verpleegtechnische handelingen.
- De zorgaanbieder beschikt over een aandachtsfunctionaris voor palliatieve zorg die direct betrokken is bij het primaire proces.
- De zorgaanbieder participeert actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het Netwerk zijn gemaakt.
- Indien er zorg geleverd wordt in een hospice, werkt de hospice in 2017 toe aan het behalen van:
  - a. het Perspekt keurmerk palliatieve zorg of,
  - b. het Perspekt PREZO keurmerk hospicezorg of,
- Indien de zorg geleverd wordt in een high care hospice, dan werkt de hospice in 2017 toe aan aansluiting bij de Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN). Indien de zorg geleverd wordt in een Bijna Thuis Huis dan dient deze zich in 2017 aan te sluiten bij de Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg.
- Binnen het netwerk is een consultatieteam beschikbaar met huisartsen en/of Specialist Ouderen Geneeskunde (SO) die tenminste gestart zijn met de kaderopleiding palliatieve zorg of de zogenoemde Cardiff opleiding. De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening.
- De zorgaanbieder werkt met de Advanced Care Planning. De zorgaanbieder hanteert, indien aanwezig binnen het werkgebied, minimaal de aandachtspunten uit de LESA richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak), maar werkt bij voorkeur via PaTz.
- Zorgaanbieders die palliatief terminale zorg (WHO definitie) leveren, dienen een visie en beleid te hebben ontwikkeld voor deze zorg en hiernaar te handelen.

## Bijlage 3

### Inventarisatie

Menzis vindt het belangrijk dat de zorgaanbieders aansluiten bij het Afwegingskader eerstelijns verblijf waarin per prestatie is afgegeven waaraan de zorg minimaal moet voldoen.

#### Laag complex

De patiënt heeft een enkelvoudige aandoening en/of beperking die een bedreiging vormt/vormen voor de gezondheid van de patiënt. De patiënt heeft verzorging en verpleging in de nabijheid, observatie, signalering en interventie nodig. De verzorgenden en verpleegkundigen leveren ondersteuning bij ADL.

#### *De medische zorg in ELV laag complex*

- De huisarts levert medische zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden'.

#### *Verblijf*

- Het verblijf dient te voldoen aan de bouwkundige eisen die aan het verblijf gesteld worden.
- Kamer met badkamer geschikt voor de doelgroep, hoog/laag bed met antidecubitusmatras, kledingkast, nachtkastje, aansluiting voor internet/tv/telefoon/computer, tafel en stoel.
- Oproep-/alarminstallatie

#### *Voorzieningen*

- Huishoudelijke zorg (schoonmaak/thee/koffie/ontbijt/lunch/warme maaltijden).
- Tilliften (geschikt voor de doelgroep die opgenomen wordt).
- Medicijnkast (afsluitbaar voor opslag medicatie).
- Voorraad basis verpleegkundige materialen verband/pleisters/bloeddrukmeter/thermometers/incontinentiemateriaal/wegwerphandschoenen, bekkentjes, prothesebekers, sputumbekers, po/urinaal/douchebrancard/rolstoelen voor algemeen gebruik et cetera).
- Huiskamer met keuken en apparatuur voor koffie/thee/koeling et cetera (gezamenlijke kamer voor maaltijden, recreatie en bezoek).

- Indien het gebouw uit meer verdiepingen bestaat: liften.
- Linnengoed.
- Wasmachine en droger, afhankelijk van lokale afspraken.
- Strijkplank en strijkijzer.
- Pospoeler.
- Medicijnkar.
- Zorgkar (kar waarop linnengoed, wasbakken, bekken et cetera vervoerd kunnen worden).

#### *Verpleegkundige zorg*

- De verpleegkundige is bevoegd en bekwaam voor de verpleegkundig medisch technische handelingen conform het beroepsprofiel en is in staat regie te voeren over het zorgleefplan in overleg met patiënt.
- De verpleegkundig specialistische handelingen kunnen middels een medisch specialistisch verpleegkundig mobiel team afgedekt worden.

De verzorgende is bevoegd en bekwaam voor de verzorgende taken die behoren bij het beroepsprofiel. Hij draagt zorg voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen (wassen/aankleden/toiletgang/in en uit bed helpen met tillift)/hulp bij voeding/drinken ex cetera). Daarnaast verzorgt hij de onplanbare oproep zorgmomenten voor de patiënt, hiermee dekt hij de zorg in nabijheid af.

#### Hoog complex

Bij de patiënt is er sprake van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen en/of beperkingen. Er is vaak sprake van polyfarmacie en de mogelijke gevolgen daarvan. De patiënt heeft verzorging en verpleging nodig in de directe nabijheid. De (multidisciplinaire) behandeling dient plaats te vinden in een op de specifieke doelgroep ingerichte omgeving. De zorg ondersteunt de ADL van de patiënt of neemt deze over. De betreffende specialist (AVG of specialist ouderengeneeskunde) kan, in overleg met de huisarts zowel de generalistische als de specialistische behandeling op zich nemen.

#### *De medische zorg in ELV hoog complex*

De medische zorg richt zich vooral op: functionele diagnostiek, prognostiek, het opstellen van een behandelplan met SMART geformuleerde doelen op basis van 'shared decision making' met de patiënt en het patiëntstelsel, regievoering tijdens het behandeltraject, verantwoordelijkheid nemen in de keten en zorgdragen voor adequate samenwerking zoals vastgelegd in samenwerkingsafspraken.

### *Verblijf*

- Het verblijf dient te voldoen aan de bouwkundige eisen die aan verblijf gesteld worden.
- Behandelruimte.
- Kamer met badkamer geschikt voor de doelgroep, hoog/laag bed met antidecubitusmatras, kledingkast, nachtkastje, aansluiting voor internet/tv/telefoon/computer, tafel en stoel.
- Oproep-/alarminstallatie.
- Domotica-voorzieningen (afhankelijk van doelgroep die opgenomen wordt).

### *Voorzieningen*

- Huishoudelijke zorg (schoonmaak/thee/koffie/ontbijt/lunch/warme maaltijden).
- Tilliften (geschikt voor de doelgroep die opgenomen wordt).
- Medicijnkast (afsluitbaar voor opslag medicatie).
- Noodkoffer.
- Medische apparatuur: vernevelaar, infuusmateriaal, zuurstofconcentraten of medicinale zuurstoftanks, zuurstofslangen, uitzuigapparatuur, ECG-apparaat, laboratoriumfaciliteiten of afspraak met regionaal laboratorium, materiaal voor urineonderzoek.
- Voorraad basis verpleegkundige materialen (glucosemeter, saturatiemeterverband/pleisters/bloeddrukmeter/thermometers/incontinentiemateriaal/ wegwerphandschoenen, bekkentjes, prothesebekers, sputumbekers, po/urinaal/ douchebrancard/rolstoelen voor algemeen gebruik et cetera).
- Huiskamer met keuken en apparatuur voor koffie/thee/koeling et cetera (gezamenlijke kamer voor maaltijden, recreatie en bezoek).
- Indien het gebouw uit meer verdiepingen bestaat: liften.
- Linnengoed.
- Wasmachine en droger, afhankelijk van lokale afspraken.
- Strijkplank en strijkijzer.
- Pospoeler.
- Medicijnkar en Zorgkar

### *Verpleegkundige zorg*

- De deskundigheid van de verpleegkundige met specialisatie op de doelgroep (geriatisch verpleegkundige/sociaal psychiatrisch verpleegkundige) moet gegarandeerd zijn.
- Hij is bevoegd en bekwaam voor de verpleegkundig medisch technische handelingen conform het beroepsprofiel en is in staat regie te voeren over het zorgleefplan in overleg met patiënt. De inzet van de verpleegkundige is 7/24 uur.
- De verpleegkundig specialistische handelingen kunnen middels een medisch specialistisch verpleegkundig mobiel team afgedekt worden (denk aan PCA pomp et cetera).
- De verzorgende is bevoegd en bekwaam voor de verzorgende taken die behoren bij het beroepsprofiel. Hij draagt zorg voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen (wassen/aankleden/toiletgang/hulp bij voeding/drinken et cetera). Daarnaast verzorgt hij de niet-planbare zorgmomenten voor de patiënt, hiermee dekt hij de zorg in nabijheid af.



## Bijlage 4

### Hulpmiddelen tijdens en na eerstelijns verblijf

Er wordt onderscheid worden gemaakt tussen outillagehulpmiddelen en individuele hulpmiddelen.

#### 1. Outillagehulpmiddelen

Een zorgaanbieder die ELV aanbiedt, moet voldoende toegerust zijn om die zorg te bieden. Dat wil zeggen dat bepaalde voorzieningen altijd (standaard) aanwezig moeten zijn, als outillage (uitrusting, materieel) voor het verblijf in, en de zorgverlening door de zorgaanbieder.

Om te bepalen wat tot de outillage van een zorgaanbieder behoort, moet worden beoordeeld in hoeverre te verwachten is dat de doelgroep die gebruik maakt van ELV met enige regelmaat redelijkerwijs de hulpmiddelen nodig heeft (voorzienbaarheid).

De outillagehulpmiddelen zijn onderdeel van de aanspraak op ELV.

Voorbeelden van outillagehulpmiddelen (alle leeftijden en ongeacht de configuratie) zijn:

- hooglaag bedden;
- looprekjes en rollators;
- (modulair aanpasbare) rolstoelen;
- antidecubitusmatrassen;
- verbandschoenen;
- revalidatiehulpmiddelen zoals loopbanden, hometrainers.

Als een hulpmiddel alleen en uitsluitend ná kostbare individuele aanpassingen door verschillende personen na elkaar te gebruiken is, behoort het *niet* tot de outillage.

#### 2. Individuele hulpmiddelen

Individuele hulpmiddelen zijn hulpmiddelen die niet of alleen en uitsluitend na kostbare individuele aanpassingen door verschillende personen na elkaar te gebruiken zijn.

Voorbeelden van individuele hulpmiddelen zijn:

- op maat gemaakte orthesen;
- zitorthese in een rolstoel;
- op maat gemaakte verbandschoenen;
- hoortoestellen;
- lenzen.

Er kan sprake zijn van:

- Zvw-zorg (GRZ-DBC, medisch-specialistische zorg of hulpmiddelenzorg);
- Wet langdurige zorg (Wlz);
- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- eigen verantwoordelijkheid.

#### 2.1. Afbakening hulpmiddelenzorg of medisch-specialistische zorg (Zvw)

Verzekerden kunnen aanspraak maken op een hulpmiddel als zij hier redelijkerwijs op aangewezen zijn. In de basisverzekering is opgenomen welke hulpmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen bij welke indicaties.

##### *Medisch-specialistische zorg*

Een hulpmiddel valt onder de *medisch-specialistische zorg* als het onderdeel is van de geneeskundige behandeling zoals medisch-specialisten plegen te bieden. Ook als de verzekerde het hulpmiddel thuis gebruikt. Als een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn, valt het hulpmiddel ook onder de medisch-specialistische zorg.

##### *Hulpmiddelenzorg*

Een hulpmiddel voor permanent gebruik, valt onder de *hulpmiddelenzorg* als het valt binnen één van de functiegerichte aanspraken uit de paragraaf hulpmiddelenzorg of categorieomschrijvingen van de Regeling zorgverzekering. Daarnaast moet het hulpmiddel voldoen aan de wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten'.

Het hulpmiddel kan bijvoorbeeld voorgeschreven zijn door de huisarts of een andere zorgaanbieder uit de eerste lijn. Maar ook als een hulpmiddel voor permanent gebruik door een medisch-specialist is voorgeschreven, kan het toch onder de hulpmiddelenzorg vallen.

Er moet dan voldaan zijn aan de volgende, *cumulatieve* voorwaarden:

- er is geen achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig;
- als het hulpmiddel moet worden vervangen, hoeft dit niet door of onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist te gebeuren.

Voorbeelden van hulpmiddelen voor permanent gebruik die onder de medisch-specialistische zorg vallen zijn:

- pacemaker;
- baclofenpomp.

Voorbeelden van hulpmiddelen voor permanent gebruik die onder de hulpmiddelenzorg vallen zijn:

- prothesen;
- een interimprothese die later wordt vervangen door een definitieve prothese, waarbij voor de vervanging geen medische ingreep of medische deskundigheid nodig is.
- ook voorlopig orthopedisch schoeisel (VLOS) valt onder de hulpmiddelen voor permanent gebruik als de verzekerde daarna blijvend op orthopedisch schoeisel is aangewezen.

Voor meer informatie over de afbakening tussen hulpmiddelenzorg en medisch-specialistische zorg:

[Afbakening, en,](#)

[Afbakening te verzekeren prestaties 'medisch-specialistische zorg' en 'hulpmiddelenzorg'](#)

### 3. Uitwendige verbruikshulpmiddelen

Uitwendige verbruikshulpmiddelen die tijdens het verblijf bij de ELV-zorgaanbieder worden gebruikt zijn onderdeel van de ELV. Als de verzekerde naar huis gaat, vallen de uitwendige verbruikshulpmiddelen onder de medisch-specialistische zorg, de hulpmiddelenzorg of de Wlz.

Voorbeelden van verbruikshulpmiddelen zijn:

- verbandmiddelen;
- incontinentiemateriaal;
- stomamaterialen;
- diabetestestmateriaal.

#### 4. Hulpmiddelen na opname bij een ELV-zorgaanbieder

Als een verzekerde naar huis gaat, moet de ELV-zorgaanbieder tijdig nagaan welke hulpmiddelen die verzekerde in de thuissituatie nodig heeft en waar deze aangevraagd moeten worden.

Het kan gaan om hulpmiddelen die vallen onder de Zvw. Bijvoorbeeld wanneer een verzekerde een hooglaag bed nodig heeft in de thuissituatie.

Maar ook om individueel aangepaste hulpmiddelen die onder de Wmo vallen, bijvoorbeeld een individueel aangepaste rolstoel voor permanent gebruik. Het is aan de Wmo om tijdig een hulpmiddel te verstrekken. Ook woningaanpassingen vallen onder de Wmo. Een verzekerde moet zich hiervoor wenden tot zijn gemeente.

Als de verzekerde na verblijf en behandeling bij een ELV-zorgaanbieder is aangewezen op verblijf en behandeling in de Wlz, en ook in een Wlz-instelling verblijft en daar behandeld wordt, kunnen de individueel aangepaste hulpmiddelen die verzekerde nodig heeft onder de Wlz vallen. Het gaat dan om hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de in de Wlz-instelling te geven zorg.

Ook mobiliteitshulpmiddelen vallen onder de Wlz als de verzekerde in een Wlz-instelling verblijft. Een individueel aangepaste rolstoel bijvoorbeeld valt dan dus onder de Wlz en niet onder de Wmo.

Er zijn ook hulpmiddelen die niet onder de te verzekeren zorg vallen. Een voorbeeld hiervan zijn de 'eenvoudige loophulpmiddelen' zoals een rollator. Een verzekerde moet die zelf aanschaffen.

Zorgverzekeraars dienen ten behoeve van de inzichtelijkheid voor zorgaanbieders, voor ieder kalenderjaar uiterlijk op 1 april voorafgaand aan dat jaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid wat betreft de Zorgverzekeringswet (Zvw) bekend te maken, voor zover dat op dat moment mogelijk is.

Menzis geeft met dit document invulling aan Regeling TH/NR-005 Transparantie zorginkoopproces Zvw van de NZa. Deze regeling ziet op het proces waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot overeenkomsten komen. De regeling beoogt de transparantie van dit proces voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten. Menzis behoudt zich het recht voor om (ook na 1 april) het beleid nader aan te vullen en wijzigingen aan te brengen in dit document en de termijnen/procedures van de zorginkoop. Menzis zal wijzigingen zo tijdig mogelijk bekend maken.

# Zorginkoopbeleid Menzis 2017

Datum	23 augustus 2016
Auteur	Menzis
Status	Definitief
Versie	1.0

Postbus 640  
7500 AP Enschede  
[www.menzis.nl/zorgaanbieders](http://www.menzis.nl/zorgaanbieders)



© 2006, Menzis. Alle rechten voorbehouden.

#### Eigendomsrecht en geheimhouding

Dit document is eigendom van Stichting Menzis Beheer (hierna te noemen: Menzis), bevat bedrijfsinformatie van Menzis en is vertrouwelijk. Het is niet toegestaan dit document of de daarin vervatte informatie te (laten) vermenigvuldigen en/of openbaar te (laten) maken, in welke vorm dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis. Ook voor onderdelen waarvan auteursrechten bij derden berusten geldt dat verdere vermenigvuldiging en/of openbaarmaking niet is toegestaan. Menzis behoudt zich alle (intellectuele eigendoms)rechten voor.

De informatie mag alleen gebruikt worden voor het doel waarvoor de informatie ter beschikking is gesteld, waarbij in het bijzonder geldt dat het gebruik in relatie met branchegenoten uitdrukkelijk is uitgesloten.