



Zorginkoopbeleid Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg 2020-2021



Publicatiedatum juli 2019

Inleiding

Graag presenteren we u het zorginkoopbeleid Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg 2020-2021. Voor het eerst in één document. Het zorginkoopbeleid van Menzis is er al een paar jaar op gericht om samen met u als zorgaanbieder, de zorg kwalitatief goed, betaalbaar en toegankelijk te houden. Het toevoegen van extra waarde aan de zorg voor klanten is de kern van onze aanpak. Daarom maken we met u afspraken over de kwaliteit van de zorg, de uitkomsten én de betaalbaarheid ervan. Hierbij staan de mens en kwaliteit van leven voorop. Deze ontwikkeling noemen we waardegerichte zorg.

Het zorginkoopbeleid 2020-2021 betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet. Dit document spitst zich volledig toe op het zorginkoopbeleid voor Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg. Om - vanuit de behoefte van de klant - meer samenhang in de zorg mogelijk te maken, heeft Menzis de inkoop van de zorgsoorten Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en Eerstelijnsverblijf (ELV) in 2019 gecombineerd. Dit betekent dat u voor deze zorgsoorten vanaf 2019 één aanspreekpunt heeft. Dit wordt in 2020-2021 gecontinueerd. Volgend uit de stap die we in 2019 hebben gezet, voegen wij nu ook ons inkoopbeleid voor ELV en GRZ samen in één document. Daarmee geven we blijk van onze visie dat deze zorgsoorten beide vormen van tijdelijke vervolgzorg zijn, met tijdelijk verblijf gericht op terugkeer naar huis. Verder anticiperen we op een landelijke ontwikkeling op weg naar 2023 om de zorgsoorten ELV en GRZ in samenhang vorm te gaan geven en een nieuwe vorm van bekostiging op te zetten.

Wat gelijk blijft in 2020

We hebben waar mogelijk de speerpunten uit 2019 van ELV en GRZ geharmoniseerd en bouwen zoveel mogelijk voort op die speerpunten.

Ook in 2020 vinden we het operationaliseren en verbeteren van regionale ketenafspraken een belangrijk aandachtspunt. Het gaat om afspraken tussen ziekenhuizen, (vertegenwoordigers van)

huisartsen, aanbieders van wijkverpleging en aanbieders van ELV en/of GRZ. Deze ketenafspraken zijn erop gericht om ELV en GRZ voor iedereen goed toegankelijk te maken, maar ook om te zorgen voor adequate nazorg na ELV en/of GRZ. Menzis is en blijft met zorgaanbieders in de Menzis-regio's in gesprek om de toegankelijkheid en doelmatigheid te borgen.

Meldingsplicht bij voltoop 70% geldt voor ELV en GRZ

Menzis handhaaft een meldingsplicht bij een vollooperpercentage van 70% van de budgetafpraak ELV en/of GRZ. We maken deze keuze om vroegtijdig geïnformeerd te worden over mogelijke budgettaire tekorten. Bij een vroegtijdige signalering gaan we in gesprek met de betreffende zorgaanbieder. We benadrukken dat het essentieel is dat de aanbieder vroegtijdig signaleert. Bij het niet houden aan de meldingsplicht behoudt Menzis zich het recht op geen aanvullende afspraken te maken.

De coördinatiefunctionaliteit (voorheen ELV-loket)

In 2018 is begonnen met het ontwikkelen van de coördinatiefunctionaliteit (CF). Menzis heeft samen met zorgaanbieders in onze regio's deze nieuwe functionaliteit opgezet. Op diverse punten faciliteren we het doorontwikkelen van de coördinatiefunctionaliteit, zodat deze beter zichtbaar is. Deze lijn zetten we door en daarbinnen leggen we prioriteiten. Bij de speerpunten voor 2020-2021 leest u meer hierover.

Benchmark eerstelijnsverblijf

Het zorginkoopbeleid van Menzis is erop gericht om samen met u als zorgaanbieder de zorg kwalitatief goed, betaalbaar en toegankelijk te houden. Vanuit deze gedachte is in 2019 gestart met de ontwikkeling van een benchmark ELV. Uitgangspunt is dat de benchmark vanuit de bestaande systemen vorm krijgt en niet leidt tot extra registratielast voor de professional. Deze ontwikkeling zetten we voort in 2020 en 2021. Een gevolg is dat het machtigingensysteem is vervallen. Meer daarover kunt u lezen in het hoofdstuk met de speerpunten.

Adequate monitoring van GRZ en cliëntstromen in de keten

Gezamenlijk zijn we verantwoordelijk voor het goed inrichten van de keten en het doelmatig leveren van zorg. Bij GRZ gaat het om verschillende doelgroepen met ieder hun eigen aanpak in zorg. De monitoring houdt als het nodig is rekening met het feit dat zorguitkomsten per doelgroep niet zonder meer onderling uitwisselbaar zijn. De informatie die we opvragen via onze monitor GRZ gebruiken we om toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van GRZ inzichtelijk te maken en daar waar nodig te

gebruiken voor het verbeteren van de inrichting van die keten. Deze monitoring handhaven we in 2020-2021.

Nadrukkelijk toezicht op juiste declaraties ELV en GRZ

Menzis hecht aan transparante zorgkosten, het verminderen van declaratiefouten, voorkomen van dubbele declaraties en gebruik van de juiste declaratiestandaard. We willen dat zorg ten laste van het juiste financiële kader wordt gedeclareerd. Voor de afbakening van GRZ en ELV en een beschrijving van de zorg verwijzen we u naar de wettelijke kaders en beleidsregels. In 2020 en 2021 blijft Menzis aandacht houden voor het correct declareren van zorg, door bijvoorbeeld controles eerder uit te voeren en gemaakte afspraken beter te controleren. Dit doen we met de formele, materiële controle en met controle op gepast gebruik. Kijk op onze website voor meer informatie over het [controleplan](#).

Voldoende gekwalificeerd personeel

ELV en GRZ omvatten de integrale en multidisciplinaire (revalidatie)zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden om terugkeer naar de thuissituatie mogelijk te maken. Daarom is het van belang dat u de juiste zorg, op het juiste deskundigheidsniveau biedt. We vinden de beschikbaarheid van goed gekwalificeerd en gemotiveerd verpleegkundig en (para)medisch personeel een belangrijke voorwaarde om terugkeer naar de thuissituatie van de cliënt te bewerkstelligen.

Wijzigingen in 2020

Eén inkoopdocument, twee overeenkomsten

Een wijziging is dat we het inkoopbeleid voor GRZ en ELV hebben samengevoegd in één document. Dit betekent niet dat we één overeenkomst sluiten. In 2020-2021 handhaven we de situatie dat u voor beide zorgsoorten een aparte overeenkomst moet sluiten en ook een aparte vragenlijst moet doorlopen. Onderzoek heeft uitgewezen dat het samenvoegen van ELV en GRZ tot één overeenkomst een forse aanpassing vergt, zowel voor uw administratie als voor VECOZO en Menzis. Eén overeenkomst betekent bijvoorbeeld dat ELV en GRZ op één AGB-code moet worden afgesloten. Dit is wel waar we naar toe gaan werken. Deze stap zal naar verwachting per 2023 worden genomen, wanneer de zorgsoorten landelijk worden samengevoegd en er een nieuwe bekostiging komt.

Contractproces GRZ

De teksten van beide overeenkomsten en de uitsluitingsgronden, minimumeisen en uitvoeringseisen zijn wel zoveel mogelijk geharmoniseerd. Voor GRZ geldt dat de overeenkomst 2020-2021 net als bij ELV via VECOZO aangeboden gaat worden met een vragenlijst. Deze vragenlijst is zoveel mogelijk gelijk aan de vragenlijst van ELV. In tegenstelling tot voorgaande jaren werken we niet meer met een zogenaamde onderhandelmodule via VECOZO.

Looptijd overeenkomsten ELV en GRZ

De looptijd van beide overeenkomsten is gelijk. Zorgaanbieders die in 2019 ook een overeenkomst ELV en/of GRZ hadden - en waartegen geen bezwaren zijn gerezen - bieden we de mogelijkheid om een overeenkomst te sluiten voor twee jaar (tot 31 december 2021). Deze looptijd is niet van toepassing op de budgetafspraken en de tarieven. Deze blijven we jaarlijks afspreken. Het blijft mogelijk om alleen een ELV- of alleen een GRZ-overeenkomst te sluiten. Nieuwe aanbieders ELV en/of GRZ bieden we een overeenkomst aan met een looptijd van één jaar.

Verplichte aansluiting bij coördinatiefunctionaliteit voor ELV

In de ELV-overeenkomst 2019 stond al een bepaling dat de ELV-zorgaanbieder aangesloten moet zijn bij een in zijn adherentiegebied werkzame coördinatiefunctionaliteit (hierna: CF) en dat hij zich conformeert aan de afspraken die met dit coördinatiepunt in de regio zijn gemaakt (artikel 2 lid 3). Ook is een bepaling opgenomen in de ELV-overeenkomst 2019 dat de zorgaanbieder vóór het plaatsen van een verzekerde gebruik maakt van de CF in zijn regio (artikel 2 lid 4). Deze bepalingen blijven in de ELV-overeenkomst 2020-2021 gehandhaafd. Bovendien zijn ze voor 2020-2021 opgenomen als uitvoeringseisen. Deze bepalingen zullen daardoor ook opgenomen worden in de vragenlijst van VECOZO.

1. Onze visie op zorg

De kwaliteit van de zorg in Nederland is goed. We constateren echter met elkaar dat deze nog onvoldoende aansluit bij de behoeften en wensen van patiënten. We richten ons op die zorg die waarde voor onze klanten toevoegt: de zorg met de beste verhouding tussen relevante gezondheidsuitkomsten en de kosten van die zorg. We noemen dit waardegerichte zorg, en door dit te doen wordt juiste zorg op de juiste plek realiteit. Vanaf 2018 kopen wij in vanuit deze visie.

Deze [visie](#) vertalen we door naar onze zorginkoop. Waardegerichte zorginkoop zien we als de sleutel voor een toekomstbestendige en betere gezondheidszorg voor onze klanten. Met waardegerichte zorginkoop willen we drie doelstellingen realiseren:



betere kwaliteit zorg
(ervaring van klanten)



gezondere klanten



lagere kosten voor toegankelijke
en betaalbare zorg

Binnen waardegerichte zorg staan de gezondheid en welzijn van de klant voorop. Dat is immers voor de klant het meest waardevol. Dit kunnen we realiseren door hem of haar bijvoorbeeld te ondersteunen met preventie. De zorgbehoefte van onze klant is het vertrekpunt. Als deze klant in een later stadium zorg nodig heeft dan dient de uitkomst van die zorg zo goed als mogelijk te zijn. Het is daarom belangrijk om ons te richten op uitkomstmaten die voor de klant relevant zijn. Door samen met zorgprofessionals continue verbetercycli te initiëren komen we tot een zo goed als mogelijke uitkomst van zorg. Bijvoorbeeld door zorgprofessionals van elkaar te laten leren of te kijken naar gepaste zorg. Goede samenwerking met het zorgveld is hierbij noodzakelijk om te werken aan een

slimme organisatie van de zorg. Zorgprofessionals zijn gespecialiseerd en staan het dichtst bij het zorg verlenen. We stimuleren daarom hun actieve rol bij het gezamenlijk realiseren van verbeteringen in het zorgproces. Dit alles is bijna alleen te realiseren als we een langetermijnperspectief hebben, of het nou gaat om preventie-afspraken, om het verbeteren van een zorgpad of het bespreken van het profiel van de aanbieder. Beheersing van kosten is en blijft een hoofdtaak van een zorgverzekeraar. De zorg moet voor iedereen toegankelijk blijven.

In onze vijf regio's nemen we een actieve rol, werken we samen met zorgaanbieders aan verbeteringen, en pakken we een stimulerende rol om partijen bij elkaar aan tafel te krijgen. Als partners – zorgaanbieders, gemeenten, kennisinstellingen – maken we met de grote instellingen in onze regio's meerjarige afspraken die in lijn zijn met onze visie op het zorglandschap en de inhoudelijk gedragen veranderingen die we zien, en die de financiële ruimte bieden om een transitie te maken. Buiten onze regio's hebben wij ook een belangrijke, maar andere rol.



Voor al onze verzekerden kopen wij voldoende zorg in, monitoren we actief wachttijden, en voor zorgaanbieders in heel Nederland hebben we een gepaste dienstverlening, en zijn we bereikbaar voor vragen en/of opmerkingen. Meer lezen? [Kijk dan op onze website.](#)

“Sinds de start van waardegerichte zorg hebben we veel geleerd. Hoe doen we dit, waar letten we op, hoe doen we het samen, wat willen we precies samen bereiken en hoe vertalen we dit naar onze zorginkoop? We hebben soms ons hoofd gestoten, maar ook gezamenlijk met zorgaanbieders successen behaald. Bijvoorbeeld bij het sluiten van meerjarencontracten.. Maar ook bij de introductie van contracten voor specifieke aandoeningen zoals heup, knie en staar. Verdere doorontwikkeling en verbreding is nodig, ik heb er alle vertrouwen in dat we met deze basis samen met zorgaanbieders de volgende stappen kunnen zetten.”

- Joris van Eijck
directeur Zorg Menzis

2. Eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg

Het eerstelijnsverblijf (ELV) is een (verblijfs)voorziening voor de kwetsbare klant als het in de eigen omgeving even niet meer gaat; opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische zorg niet noodzakelijk is; en een Wlz-indicatie is uitgesloten. De kwetsbare klant is aangewezen op verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met zorg zoals huisartsen plegen te bieden (artikel 2.12 Besluit zorgverzekering).

De huisarts of medisch specialist is medisch verantwoordelijk voor de indicatie en heeft de taak om de zorg te regisseren, vaak in nauwe samenwerking met de (wijk)verpleegkundige en de medisch behandelaar van de instelling waar de verzekerde zal verblijven. Onder het ELV valt ook het verblijf voor patiënten die in een terminale fase verkeren en opgenomen moeten worden omdat de palliatief terminale zorg (PTZ) thuis niet meer afdoende kan worden gegeven.

Het hoofdbehandelaarschap ELV hangt af van de complexiteit van de zorgvraag. De ontvangend arts neemt de verantwoordelijkheid over binnen ELV. Menzis onderschrijft de visie van de LHV over het hoofdbehandelaarschap: '...gezien de benodigde medische expertise in een eerstelijnsverblijf heeft de huisarts de verantwoordelijkheid over de laagcomplexe medische zorg, en heeft de specialist ouderengeneeskunde de verantwoordelijkheid voor de hoogcomplexe medische zorg. Ook een AVG-arts kan in bepaalde situaties de medische zorg overnemen. Menzis is van mening dat afwijkingen van dit uitgangspunt mogelijk zijn, als hierover andere regionale, lokale of op de situatie van de klant afgestemde afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieders. Professionals stemmen dit altijd af met de betrokken behandelaren, ook bij verschil van mening.

2.1 Afstemming indicatiestelling ELV

De indicatie, op basis van het afwegingsinstrument, wordt gesteld onder verantwoordelijkheid van de huisarts (eventueel via een verlengde-arm-constructie). Tenzij anders is vastgelegd in een convenant tussen zorgaanbieders in een (sub)regio. Het is van belang dat de verwijzend huisarts of medisch specialist de indicatie ELV vaststelt in afstemming met de ontvangend arts. De indicatiestelling en het

afwegingsinstrument maken onderdeel uit van het medisch dossier. Bij twijfel over passende zorg dient de specialist ouderengeneeskunde (SOG) of de wijkverpleging (indien al betrokken bij de klant) geconsulteerd te worden. Eigenaarschap is een belangrijk onderdeel van deze afstemming.

2.2 Aanspraak geriatrische revalidatiezorg

De aanspraak geriatrische revalidatiezorg (GRZ) betreft de integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. GRZ betreft tijdelijke revalidatie met verblijf na een ziekenhuisopname, gericht op herstel. De zorg is gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de klant dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

2.3 Ontwikkeling ELV en GRZ

De visie van Menzis is dat de zorg in de basis thuis (generalistisch) of in een medisch behandelcentrum (specialistisch) wordt geleverd. Er zijn echter momenten dat dit niet de juiste plek is voor de klant. ELV en GRZ geven daarin een tijdelijke oplossing als er behoefte is aan verblijf in de overgang van de medisch specialistische behandeling naar huis of als er tijdelijk behoefte is aan permanent toezicht en dit thuis niet gerealiseerd kan worden. We vinden het belangrijk dat er goed functionerende netwerken zijn die de klant goed in beeld hebben, zodat zowel in de ziekenhuizen als vanuit de thuissituatie tijdig ingespeeld kan worden op de veranderende zorgbehoefte van de klant en meteen gekozen kan worden voor de juiste plek. ELV/GRZ is niet de plek waar deze afwegingen horen plaats te vinden.

2.4 Uitgangspunten ELV en GRZ

De komende periode ligt de nadruk op het verbeteren van de in-, door- en uitstroom in ELV en GRZ, zodat de klant snel op je juiste plek terecht komt en ook snel weer naar huis kan. Samenwerking tussen (keten)partners zoals ziekenhuizen, vertegenwoordigers van huisartsen, vvt-instellingen en aanbieders van wijkverpleging is voor beide zorgsoorten noodzakelijk om doorstroom te realiseren. Knelpunten

elders in de keten moeten op de juiste plek opgelost worden, zodat onnodige opnames in ELV en GRZ voorkomen worden. Afstemming en samenwerking moeten ervoor zorgen dat de klant de juiste zorg op de juiste plek ontvangt en hij bijvoorbeeld niet onnodig wordt opgenomen op een ELV plek terwijl al langer duidelijk is een indicatieaanvraag Wlz de beste oplossing is. Uitgangspunt is dat ELV en GRZ geen overbruggingszorg zijn naar langdurige zorg. Menzis zoekt actief de samenwerking op in de eigen regio's om de capaciteit en doorstroom af te stemmen op de regionale mogelijkheden. Hiervoor nodigen we meerdere partners uit: om de complexiteit van dit vraagstuk uit te diepen en om gezamenlijk (regionale) oplossingen te vinden.

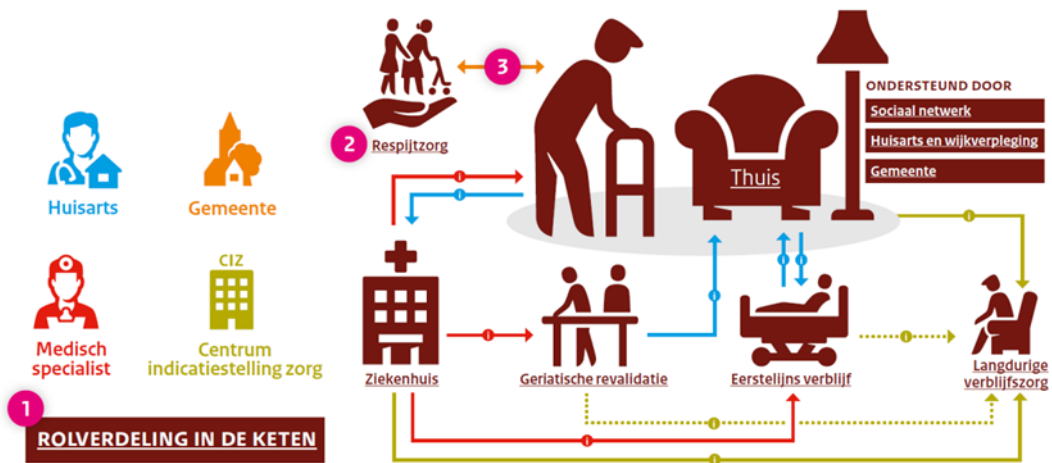
Kwaliteit ELV bevorderen

Menzis vindt het belangrijk om de kwaliteit van ELV zorg te bevorderen. Te veel versnippering van zorg bevordert de kwaliteit onvoldoende. Binnen GRZ geldt in dat kader al een aantal jaren dat er een minimumomvang per diagnosegroep per locatie moet zijn om de GRZ zorg te mogen leveren. Deze zijn opgenomen in de minimumeisen en die lijn handhaven we voor GRZ in 2020-2021. Voor ELV hoogcomplex willen we toe gaan werken naar een zelfde beleidslijn. We zullen 2020 gaan gebruiken om in afstemming met de zorgaanbieders in onze Menzisregio's de minimumomvang ELV hoogcomplex te gaan bepalen zodat wij die minimumomvang als minimumeis kunnen gaan hanteren voor de inkoop ELV hoogcomplex 2022.

Gemeentelijk domein

Gezien de soms dunne lijn tussen de diverse vormen van verblijf (respijtzorg, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg (GRZ)) is samenwerking met het gemeentelijk domein van groot belang. Het gemeentelijk domein is een onderdeel van de gehele keten en zal in de Menzis-regio's ook actief betrokken worden bij de vormgeving van de samenwerking tussen de (keten)partners.

Om een beter beeld te krijgen van de keten waar ELV en GRZ deel van uitmaken, zie onderstaande figuur. Een toelichting op de afbakening tussen bijvoorbeeld ELV, GRZ en andere zorgsoorten vindt u op de [website van de rijksoverheid](#).



Zorg aan kwetsbare ouderen die thuis wonen

Vanuit de algemene visie van Menzis op zorg, zijn we ook bezig met het ontwikkelen van een visie op zorg aan kwetsbare ouderen die thuis wonen. Omdat zorgaanbieders van ELV en/of GRZ een belangrijke bijdrage kunnen leveren in het verbeteren van het functioneren van het netwerk rondom de kwetsbare ouderen die thuis wonen, vinden we het belangrijk om ook deze visie met u te delen. Daarnaast geeft het u inzicht waar we met het netwerk rondom kwetsbare ouderen heen willen. De visie is mede het resultaat van contacten die we door het jaar heen hebben met onze klanten, met consumenten- en patiëntenorganisaties, organisaties voor zorgaanbieders en individuele zorgaanbieders. Zodra onze visie op thuiswonende kwetsbare ouderen gereed is, zullen we die publiceren op onze [website](#).

3. Speerpunten voor 2020

De speerpunten van het zorginkoopbeleid ELV en GRZ 2019 kenden de nodige overlap. Voor 2020 en 2021 voegen we ze samen en bouwen we voort op de speerpunten uit 2019. De juiste zorg op de juiste plek door de juiste deskundigheid blijft een uitdaging in de zorg, ook binnen ELV en GRZ. Goede triage is een belangrijk middel om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen, met de juiste deskundigheid. De coördinatiefunctionaliteit (CF) zien we als een belangrijk middel om te ondersteunen bij de triage.

We zien ook dat in 2019 op verschillende plekken pilots zijn gestart binnen ELV met het gebruik van een observatieperiode. Die is bedoeld om de diagnostiek en triage goed vorm te geven, wat moet leiden tot toeleiding naar de juiste plek. Menzis ziet een observatieperiode in een verblijfssetting als tussenstap naar verbetering van het triageproces vanuit de thuisituatie of vanuit het ziekenhuis, ondersteund vanuit de coördinatiefunctionaliteit.

We zijn van mening dat knelpunten in het ELV en GRZ, bijvoorbeeld dat ELV in de praktijk te vaak gericht is op overbrugging naar langdurige zorg, hun oorsprong elders in de keten hebben. Die zouden eigenlijk ook daar opgelost moeten gaan worden. Denk daarbij aan knelpunten als onvoldoende samenwerking tussen huisarts en wijkverpleging, waardoor de klant onvoldoende in beeld is. Onze visie op zorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen is gericht op het oplossen van die knelpunten. Parallel aan de ontwikkelingsrichting beschreven in onze visie op kwetsbare ouderen - die breder is dan ELV en GRZ - gelden voor ELV en GRZ de volgende speerpunten in 2020-2021:

- *Samenwerking in de regio*
- *Aansluiten bij en doorontwikkeling van de coördinatiefunctionaliteit in onze regio's met als prioriteit:*
 - *Verbeteren van de triage en van in-, door- en uitstroom van klanten*
- *Gecombineerde benchmark ELV en GRZ*
- *Mogelijkheden voor (regionale) pilots of werkafspraken*

3.1 Samenwerking in de regio



Capaciteit en in-, door- en uitstroom van patiënten zijn vraagstukken die voor een groot deel opgelost kunnen worden door efficiënt samen te werken. We verwachten dat zorgaanbieders en verwijzers met elkaar afstemmen hoe het gehele proces van triage tot overplaatsing vorm kan krijgen. De indicatiestelling, het afwegingsinstrument en het behandelplan vormen samen de triage. De triage is een dynamisch proces dat bestaat uit de inspraak van meerdere professionals (indien gewenst). Voor een eenduidige triage is het nodig dat alle betrokken partijen het proces van elkaar informeren over in-, door- en uitstroommogelijkheden van de klant onderschrijven en nakomen. Een gedragen triageprotocol is daarbij een belangrijk instrument. Uiteindelijk moet de afstemming tussen behandelaren en betrokken (wijk)verpleegkundigen leiden tot inzichtelijke zorg voor de klant.

Zorgaanbieders in een (sub)regio maken samenwerkingsafspraken om de toeleiding en toegankelijkheid te borgen. Goede ketenafspraken tussen zorgaanbieders - ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, vertegenwoordigers van huisartsen en instellingen voor verpleging en verzorging thuis - dragen bij aan de kwaliteit van de ELV en GRZ en borgen de duurzaamheid van het zorglandschap in het algemeen. Ook afstemming met de gemeente is daarin belangrijk.

3.2 Aansluiten bij coördinatiefunctionaliteit



Het gebruik van de coördinatiefunctionaliteit (CF) ondersteunt het triageproces, zodat de in-, door- en uitstroom van ELV en GRZ verbetert. Menzis vindt het daarom van belang dat naast de beschikbaarheid van ELV-bedden ook de capaciteit van GRZ-bedden inzichtelijk is via het CF en dat zowel vanuit de thuissituatie als vanuit het ziekenhuis klanten direct op de juiste plek terecht komen. Net als in 2019 verplichten we zorgaanbieders om de coördinatiefunctionaliteiten in de Menzis-regio's te gebruiken voor de plaatsing van de klant voor ELV. Het betekent ook dat we van ELV-zorgaanbieders verwachten dat ze zijn aangesloten bij de coördinatiefunctionaliteit in de regio. Ook voor GRZ-aanbieders is het belangrijk om zich aan te sluiten bij de coördinatiefunctionaliteit in de regio en deze ook te gaan gebruiken.

3.3 Doorontwikkeling van de coördinatiefunctionaliteit



In 2020-2021 willen we actief blijven inzetten op het verder verbeteren van de coördinatiefunctionaliteit in onze regio's. In 2018 is deze functionaliteit gestart als ELV-loket. Landelijk wordt gewerkt aan een minimale set van eisen waaraan een CF moet voldoen. Menzis sluit zich aan bij deze minimale set, zodra deze landelijk is vastgesteld. We zullen de minimale set van eisen op onze website publiceren zodra die beschikbaar is. Zodra deze landelijke set beschikbaar is, zal met alle CF's in de Menzis-regio's afspraken worden gemaakt om te gaan voldoen aan de minimale eisen inclusief de tijdlijn. Afhankelijk van de regionale situatie maken we in de eigen regio's aanvullende afspraken. Denk bijvoorbeeld aan afspraken over doorzettingsmacht en verbreding naar andere zorgsoorten dan alleen ELV.

Als zorgverzekeraar willen we het ELV-loket namelijk doorontwikkelen tot een volwaardige coördinatiefunctionaliteit waar alle vormen van vervolgzorg (bijvoorbeeld GRZ, Wlz-crisisbedden/logeerbedden en wijkverpleging) ondergebracht kunnen worden. In onze regio's streven we ernaar om - indien gewenst - via de CF inzicht te kunnen bieden in de beschikbaarheid van respijtzorg vanuit de gemeenten. Voor 2020-2021 leggen we daarbij de nadruk op het voldoen aan de minimale eisen en op de doorontwikkeling van een adequate ondersteuning bij het triageproces door de CF, zodat klanten in één keer op de juiste plek terecht komen.

Het geheel aan stappen van de CF moet leiden tot een optimaal eindresultaat en het gebruik van een observatieperiode beperken, in combinatie met het beperken en bij voorkeur overbodig maken van verblijf. De diverse stappen moeten juist omschreven worden, om het eindresultaat te garanderen. De samenwerkende partijen, die gezamenlijk een aanspreekpunt zijn, dienen hiertoe heldere en concrete afspraken te maken. Op deze basis wil Menzis regionaal maatwerk afspreken voor de CF en dat omzetten in een juist tarief om deze functionaliteit te gaan leveren.

Taken van de coördinatiefunctionaliteit

- De CF heeft niet het eigenaarschap, maar neemt de regie over om te zorgen dat de klant de juiste zorg op het juiste bed ontvangt.
- De CF heeft real time inzicht in de regionale capaciteit, waardoor de doorstroom gegarandeerd kan worden. Betrokkenheid en commitment van diverse partijen is noodzakelijk om de huidige signalen van capaciteitsproblemen op te lossen. De CF doet de check of de verwijzing volledig is en volgens de voorgeschreven triage is ingevuld. Is bijvoorbeeld het afwegingsinstrument

gebruikt? Indien de aanvraag onvolledig is dient de verwijzer alsnog de juiste gegevens aan te leveren.

- De CF is onafhankelijk in handelen en draagt zorg voor een zo optimaal mogelijke oplossing voor de zorgvraag die bij de CF terecht is gekomen. Onafhankelijk kijken naar de wensen van de klant is essentieel om te komen tot de juiste zorg, op de juiste plek door de juiste professional. Er dient voldoende draagvlak vanuit het veld aanwezig te zijn om deze onafhankelijke functionaliteit te kunnen organiseren.

Multidisciplinaire samenwerking

Essentieel onderdeel van een regionale samenwerking is een multidisciplinaire samenwerking tussen partijen. Deze ontstaat als verwijzers en ontvangers met elkaar afstemmen over triage, in-, door- en uitstroom. Als dat voldoende georganiseerd is, ontstaat een keten waar de zorg voldoende is afgestemd en het vervolg van de zorg voldoende kan worden gegarandeerd. De samenwerking wordt regelmatig geëvalueerd, evenals de uitkomsten van de maandelijkse registratie.

Bereikbaarheid

De CF dient borg te staan voor een optimale bereikbaarheid, zodat verwijzers gegarandeerd zijn van opvolging van de zorgvraag en de klant op een juiste wijze de juiste zorg op de juiste plek krijgt. Partijen die de CF leveren, kunnen deze borging garanderen. Telefonische deskundigheid is van belang om de zorgvraag/verwijzer voldoende te kunnen ondersteunen.

De partijen die betrokken zijn bij de zorgvragers van vervolgzorg, stemmen onderling af over triage, bereikbaarheid en de inzichten van capaciteit. Een onderdeel van de regionale afspraken is inzicht in de (regionale) capaciteit. Het gaat dan om real time en digitaal inzichtelijk maken waar de juiste plek is voor de klant. De CF dient zorg te dragen dat dit overzicht gegenereerd kan worden en dat vroegtijdig signalen worden afgegeven aan Menzis over eventueel vastlopen in de regio. Partners hebben een inspanningsverplichting om deze inzichten aan te leveren aan de CF.

Triage

Een juiste triage is essentieel om te kunnen garanderen dat de klant passende zorg ontvangt. Eenduidige triage in het ziekenhuis bevordert de standaardisatie van de handelwijze van zorgverleners die betrokken zijn bij de triage en zorgt ervoor dat de juiste klanten verwezen worden voor GRZ. In het geval van ELV moet de huisarts deze afweging nemen als het om een verwijzing gaat vanuit de thuissituatie. Landelijk is daarvoor een afwegingsinstrument vastgesteld door

brancheorganisaties. Als de klant vanuit het ziekenhuis wordt opgenomen op een ELV-bed, dan maakt de medisch specialist de afweging, mogelijk samen met de transferverpleegkundige. Er is een [verwijskader ELV](#) beschikbaar waarin de uniforme afspraken voor verwijzing ELV staan.

Het afwegingsinstrument en het verwijskader ELV zijn beide onderdeel van de onderlinge werkafspraken. Verwijzers vanuit het ziekenhuis en de thuissituatie kunnen gebruik maken van het CF om hun triage te ondersteunen. Ook eenduidigheid binnen de instellingen die de zorgvraag ontvangen, draagt bij aan het snel op de juiste plek krijgen van de klant.

Overdracht van zorg

Elke overdracht van zorg wordt voorzien van een overdracht die voldoet aan de eisen van de Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging. Menzis spreekt de voorkeur uit voor een digitale e-overdracht die in de nabije toekomst een regulier middel zal zijn voor de overdracht.

Registratie en bekostiging

De CF maakt de in-, door-, en uitstroom inzichtelijk en levert deze gegevens maandelijks aan alle partijen die betrokken zijn bij de CF. Deze registratie is een vast evaluatieonderdeel van de partijen van de CF.

Het is wenselijk om deze coördinatiefunctionaliteit op een juiste wijze te bekostigen. Om hier recht aan te doen, wordt op landelijk niveau gewerkt aan een aparte prestatie en aan minimumeisen waaraan de coördinatiefunctionaliteit moet voldoen. Tot die tijd maken we - afhankelijk van het ontwikkelingsniveau van het CF - gebruik van de mogelijkheden die de vigerende beleidsregels bieden, ook al is dat geen optimale situatie. Deze prestatie spreken we alleen af met zorgaanbieders in onze eigen regio's.

De partners van het (regionale) ELV-loket (aangevuld met huisartsen, afgevaardigden van het gemeentelijk domein en instellingen voor eerstelijnsverblijf) evalueren periodiek de samenwerking, triageafspraken, de overdracht en de mogelijke problemen in capaciteit binnen de regio. Deze uitkomsten van zorg worden meegenomen in de terugkoppeling naar Menzis. We verplichten de zorgaanbieders om de coördinatiefunctionaliteit in de onze regio's te gebruiken voor de plaatsing van de klant voor ELV. Het is aan Menzis om zorgaanbieders die al bewezen hebben zich op dit terrein goed te hebben ontwikkeld, te betrekken om de doorontwikkeling verder vorm te geven. Dit betreft een beperkt aantal zorgaanbieders in de Menzis-regio's. Wanneer naar ons oordeel voldoende is ingekocht, zullen niet meer aanbieders hiervoor in aanmerking kunnen komen.

3.4 Gecombineerde benchmark ELV/GRZ



Menzis is in 2019 gestart met de ontwikkeling van een benchmark ELV waarin we zorgaanbieders met overeenkomstige activiteiten met elkaar vergelijken. Hierdoor kunnen zorgaanbieders van elkaar leren over zorguitkomsten in relatie tot de beheersing van de kosten. Het resultaat van de benchmark is dat de zorgaanbieder zich kan toetsen aan vergelijkbare organisaties. Dat kan betekenen dat de zorgaanbieder zich beter kan positioneren in het zorgveld. Het biedt ook mogelijkheden om aanpassingen in de zorg door te voeren die de zorguitkomsten verder verbeteren. De ontwikkeling van de benchmark zetten we in 2020-2021 door. Tegelijkertijd gebruiken we 2020-2021 om te onderzoeken of een gecombineerde benchmark voor ELV en GRZ toegevoegde waarde heeft. En zo ja, hoe we die kunnen realiseren (haalbaarheid), vooruitlopend op de landelijke ontwikkelingen op weg naar 2023.

3.5 Mogelijkheden voor (regionale) pilots of werkafspraken



Er zijn meerdere vormen van zorg die geleverd kunnen worden als vervolg op de zorg die de klant al ontvangt. Binnen de diverse domeinen zijn daarvoor vormen van zorg georganiseerd in de regio. In de toekomst voorzien we steeds meer integratie van deze verscheidene zorgvormen. Door integratie ontstaat er voor de klant een regionaal afgestemd zorgaanbod. Aanbieders in de Menzis-regio's hebben ook in 2020-2021 mogelijkheden om hierover afspraken te maken. Integratie kan ervoor zorgen dat er een efficiëntere inzet van capaciteit gerealiseerd wordt. Nauwe samenwerking met het gemeentelijk domein, bereikbaarheid en eigenaarschap zijn belangrijke criteria bij het maken en nakomen van deze afspraken. Triage van zorg dient niet alleen inhoudelijk plaats te vinden, maar zal zich ook moeten gaan richten op de doorstroom. Daarover moeten partners in de regio afspraken maken. Leidraad voor de triage is het afwegingsinstrument. Voor behandelaren en verwijzers is er het eerder al genoemde verwijskader. Menzis wil partners in onze regio's stimuleren om hierover een pilot te starten of werkafspraken te maken die voldoen aan de volgende criteria:

- *Triage van de instroom*

- *Garanties voor de doorstroom in de regio*
- *Bereikbaarheid*
- *Eigenaarschap van zorg*
- *Co-financiering of gezamenlijke financiering*

3.6 Samen werken aan een meerjarenperspectief



Voor de zorgaanbieders in onze vijf regio's willen we de mogelijkheden verkennen voor meerjarige inhoudelijke afspraken, die voortkomen uit samenwerking en afstemming tussen de partners. Pilots op het gebied van integrale vervolgzorg kunnen op basis van een meerjarige afspraak worden gestart en gemonitord.

3.7 Innovatie op weg naar 2023

Innovatie en ontwikkeling blijven essentiële onderdelen van onze zorgvisie. Bij innovaties denken we ook aan het inspelen op wachtlijst-, arbeidsmarkt- en capaciteitsproblematiek. Daarom willen we zorgaanbieders stimuleren innovatieve zorgvormen te ontwikkelen. Een voorbeeld zou kunnen zijn dat er mogelijkheden worden gecreëerd om vormen van vervolgzorg/herstelzorg in de thuissituatie aan te bieden, zonder verlies van kwaliteit voor onze verzekerden. Deze ontwikkeling kan gekoppeld worden aan de integratie van de zorgsoort ELV en GRZ per 2023. Landelijk worden momenteel proeftuinen ingericht om te experimenteren met een nieuwe samenhangende bekostiging van de zorgsoorten ELV en GRZ. Daarnaast biedt de beleidsregel ELV sinds 2019 een experimenteerbepaling die Menzis zal benutten om haar doelstellingen te bereiken. In onze eigen regio's gaan we in gesprek met zorgaanbieders over experimenten.

4. Contractspecificaties

4.1 Inkoop Eisen

Voor alle zorgaanbieders die gecontracteerd willen worden om ELV en/of GRZ te verlenen, gelden uitsluitingsgronden en minimumeisen. Niet tijdig voldoen aan een van de voorwaarden betekent dat Menzis geen contract 2020-2021 aangaat. In bijlagen 1 en 2 staan de uitsluitingsgronden en minimumeisen vermeld. In bijlage 3 wordt de wijze van toetsing omschreven.

Daarnaast gelden nog uitvoeringseisen; dit zijn eisen waar u tijdens de looptijd van de overeenkomst aan moet voldoen. De meest belangrijke zijn opgenomen in bijlage 4 bij dit document, zodat u zich kunt voorbereiden op de uitvoering van de overeenkomst.

In bijlagen 1 t/m 4 staan de voorwaarden uitgebreid vermeld. Achter elke categorie voorwaarden staat vermeld per welke datum de zorgaanbieder hieraan moet voldoen. Wanneer er niets vermeld staat, gelden de voorwaarden voor zowel ELV als GRZ. Als een voorwaarde alleen voor ELV of alleen voor GRZ geldt, staat dit aangegeven.

4.2 Inkoopmethodiek

Menzis zal zorgaanbieders ELV en/of GRZ die in 2019 al een contract hebben, een contractvoorstel doen voor 2020-2021. Ook nieuwe aanbieders (zorgaanbieders die in 2019 geen overeenkomst met ons hadden voor ELV en/of GRZ) kunnen in aanmerking komen voor een overeenkomst voor (alleen) het jaar 2020. Als tijdens de lopende overeenkomst 2020 geen bezwaren rijzen tegen deze nieuwe aanbieders, komen ze in aanmerking voor een verlenging van de overeenkomst tot 31 december 2021.

Nieuwe aanbieders die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst ELV en/of GRZ 2020 kunnen dit **uiterlijk 15 juni 2019** kenbaar maken via het online [contactformulier](#). Alleen aanmeldingen die tijdig via het contactformulier zijn ingediend, nemen we in behandeling. Vermeldt u bij deze aanmelding alvast de naam van uw instelling, uw AGB-code en naam van de tekenbevoegde of gemachtigde. Voeg daar ook een via het contactformulier geüpload bewijs van machtiging aan toe, getekend door een tekenbevoegde bestuurder.

Als een zorgaanbieder onduidelijkheden, tegenstrijdigheden en/of onvolkomenheden constateert, of anderszins bezwaar heeft tegen de inhoud van dit inkoopdocument, dan dient hij de opmerkingen en/of vragen in ieder geval **uiterlijk 21 juli 2019** schriftelijk kenbaar te maken aan Menzis, via het contactformulier. Na deze datum kan de zorgaanbieder geen beroep meer doen op

tegenstrijdigheden, onjuistheden of onduidelijkheden in de gepubliceerde documenten. Menzis aanvaardt geen aansprakelijkheid voor de schade die zorgaanbieders zouden kunnen lijden als gevolg van niet door hun gemelde onvolkomenheden en/of tegenstrijdigheden of misinterpretaties.

Contracteerproces via VECOZO

Menzis maakt voor het digitale contracteerproces gebruik van het zorginkoopportaal van VECOZO. Het Zorginkoopportaal biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitgebreide digitale ondersteuning bij de totstandkoming van contractafspraken, vanaf de aanvraag voor een contract tot en met het digitaal ondertekenen. Het Zorginkoopportaal van VECOZO wordt al door diverse zorgverzekeraars gebruikt. Nu Menzis hier ook op aangesloten is, biedt het zorgaanbieders steeds meer de mogelijkheid om het contracteerproces (het digitaal aanvragen, beoordelen en afsluiten van contracten) eenduidig via één partij (VECOZO) te laten verlopen. Actuele informatie over het gebruik van VECOZO en de betekenis voor u, leest u op [onze website](#).

Verifiëren van informatie

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

Wijzigingen in situatie zorgaanbieder

De zorgaanbieder garandeert bij contractering en gedurende de duur van de overeenkomst, over de vereiste capaciteiten, vaardigheden en middelen beschikt om te kunnen voldoen aan alle voorwaarden en condities zoals vastgesteld in dit document en bijlagen. Van elke substantiële wijziging in de situatie van de zorgaanbieder (zowel in de periode vóór als gedurende en na het sluiten van de overeenkomst) die het kunnen voldoen aan deze essentiële punten in gevaar kan brengen, dient Menzis onmiddellijk schriftelijk op de hoogte gesteld te worden.

Godsdienst, levensovertuiging en culturele achtergrond

In de overeenkomsten die Menzis met de zorgaanbieders sluit wordt opgenomen dat de zorgaanbieder rekening moet houden met de levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond en godsdienstige gezindheid van de verzekerden. Dit om vast te stellen dat de zorgaanbieder aandacht heeft voor het individu. De zorgaanbieder respecteert klanten en heeft aandacht voor ze in al hun verscheidenheid, ook als het gaat om verschillen in etniciteit, levensovertuiging, culturele achtergrond of seksuele geaardheid. Ook tijdens een behandeling moet de patiënt de mogelijkheid hebben een

godsdienst of levensovertuiging te beleven. Bij de zorg met verblijf zal voor bijvoorbeeld de voeding rekening gehouden worden met de godsdienst of de levensovertuiging van de klant.

Financieel beleid

Beheersbaarheid van de kosten is een van de belangrijkste speerpunten van Menzis. Wij zijn en blijven met zorgaanbieders in onze Menzis-regio's in gesprek om de toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg te borgen. Het eerstelijnsverblijf kent nog geen lange historie in de Zorgverzekeringswet en dat maakt dat er in de nabije toekomst nog veel ontwikkeld dient te worden als het gaat om doelmatigheid van zorg en uitkomstgerichte zorg. Geriatrische revalidatiezorg kent een iets langere historie binnen de Zorgverzekeringswet, maar dat neemt niet weg dat ook voor deze zorgsoort doelmatigheid en uitkomstgerichte zorg aandachtspunten blijven. Naar de toekomst toe zullen ze steeds meer in samenhang gezien worden.

Menzis tracht met het financiële beleid de afspraken in lijn met het landelijke beeld van doelmatige zorg binnen het eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg te maken. Uit de landelijke gegevens blijkt dat Menzis nog steeds een relatief te hoog tarief hanteert voor de ELV laag complexe zorg. We gaan voor 2020 opnieuw een analyse doen op het Menzis tarief versus het landelijk gemiddelde en spreken een marktconform tarief af. In de budgetbrief zullen we hierover meer informatie geven.

We willen bij de inkoop van 2020-2021 realistische afspraken maken, waarbij er een onderscheid is tussen de Menzis-regio's en de landelijke inkoop. We vragen steeds meer van zorgaanbieders in onze eigen regio's en zijn bereid eventuele extra inspanningen, die bijdragen aan een verbetering van kwaliteit, continuïteit of een afgestemde zorgtoegang, op te nemen in de financiële afspraken.

Omzetplafond en tarief voor ELV en GRZ

Menzis hanteert een omzetplafond voor ELV en GRZ. Zorgaanbieders dienen bij een volloopercentage van 70% contact op te nemen met Menzis. In gezamenlijkheid wil Menzis de problematiek van de volloop bespreken en vanuit samenwerking op zoek naar wenselijke oplossingen voor de klanten van Menzis.

Tarief

Het tarief ELV en GRZ zal worden vermeld in de budgetbrief die Menzis na 1 juli zal versturen. Binnen de Menzisregio's zullen maatwerkafspraken worden gemaakt voor de coördinatiefunctionaliteit zoals beschreven in het inkoopbeleid. We gaan met de zorgaanbieders uit onze Menzisregio's in gesprek

om hiervoor een realistisch tarief te berekenen op basis van de uitvoeringseisen van de coördinatiefunctionaliteit zoals die beschreven staat in het inkoopbeleid.

5. Planning en bereikbaarheid

Planning

Op **12 november 2019** moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2020 heeft gecontracteerd. Vanaf die datum kunnen onze verzekerden via onze [website](#) zien met welke zorgaanbieders we contractafspraken hebben gemaakt. 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 2020.

We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2019 af te ronden. Het tijdspad van de beleidsontwikkeling en contractering 2020 ziet er als volgt uit:

- **27 maart 2019** Publicatie inkoopbeleid 2020-2021
- **tot 15 juni 2019** Aanmelden nieuwe zorgaanbieders
- **uiterlijk 11 juli 2019** Eventueel publicatie aanvulling inkoopbeleid 2020
(alleen als er wijzigingen zijn)
- **tot 21 juli 2019** Mogelijkheid tot stellen van vragen
- **vanaf 21 juli tot eind oktober 2019** Beoordeling inschrijvingen. Tevens periode voor gesprekken over tarief en maatwerkafspraken in Menzis-regio's
- **1 november 2019** Afronding inkoop, ondertekening contract via digitale tool

Deze planning is indicatief. Inschrijvers kunnen daarom geen rechten aan deze planning ontleen. We behouden ons het recht voor de planning aan te passen. In dat geval zullen we een aangepaste planning publiceren. Als we een wijziging aanbrengen in de informatie van dit document, dan maken we dit tijdig bekend op onze website met onderliggende motivatie.

Bereikbaarheid

Menzis streeft ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders digitaal aan te bieden via onze [website](#). Actuele informatie en veelgestelde vragen over het inkopen van zorg, declareren en machtigingen kunt u raadplegen op onze [website](#). Heeft u de informatie online niet gevonden? Neem dan contact met ons op via het [online contactformulier](#) of via zorgaanbiederservice@menzis.nl. Onze reactietermijn is maximaal 5 werkdagen.

6 Disclaimer

De Coöperatie Menzis U.A. (Menzis) omvat onder andere de zorgverzekeraars Menzis en Anderzorg en het Menzis Zorgkantoor in de regio's Groningen, Twente en Arnhem. De zorgverzekeraars bieden ieder onder een eigen naam basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandheelkundige verzekeringen aan. 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-011 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.

Bijlage 1. Uitsluitingsgronden ELV en GRZ

Deze gronden moeten per datum van inschrijving en gedurende de looptijd van de overeenkomst niet van toepassing zijn.

I Menzis sluit een zorgaanbieder uit jegens wie bij een onherroepelijk geworden rechterlijke uitspraak een veroordeling als hieronder bedoeld is uitgesproken:

- a. deelneming aan een criminele organisatie in de zin van artikel 2 van Kaderbesluit 2008/841/JBZ van de Raad van 24 oktober 2008 ter bestrijding van de georganiseerde criminaliteit (PbEU 2008, L 300);
- b. omkoping in de zin van artikel 3 van de Overeenkomst ter bestrijding van corruptie waarbij ambtenaren van de Europese Gemeenschappen of van de lidstaten van de Europese Unie betrokken zijn (PbEU 1997, C 195) en van artikel 2, eerste lid, van Kaderbesluit 2003/568/JBZ van de Raad van 22 juli 2003 inzake de bestrijding van corruptie in de privésector (PbEU 2003, L 192);
- 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);
- e. terroristische misdrijven of strafbare feiten in verband met terroristische activiteiten in de zin van de artikelen 1, 3 en 4 van Kaderbesluit 2002/475/JBZ van de Raad van 13 juni 2003 inzake terrorismebestrijding (PbEU 2002, L 164);
- f. kinderarbeid en andere vormen van mensenhandel in de zin van artikel 2 van Richtlijn 2011/36/EU van het Europees Parlement en de Raad van 5 april 2011 inzake de voorkoming en bestrijding van mensenhandel en de bescherming van slachtoffers daarvan, en ter vervanging van Kaderbesluit 2002/629/JBZ (PbEU 2011, L 101).

II Menzis sluit een zorgaanbieder uit indien jegens een persoon die lid is van het bestuurs-, leidinggevend of toezichthoudend orgaan of die daarin vertegenwoordigings-, beslissings- of controlebevoegdheid heeft, een onherroepelijke veroordeling als hiervoor bedoeld is uitgesproken waarvan Menzis kennis heeft.

III Menzis sluit een zorgaanbieder uit indien Menzis ervan op de hoogte is dat bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing is vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies.

IV Menzis kan tevens een zorgaanbieder uitsluiten indien

- 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 in een andere

vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;

b. de zorgverzekeraar aannemelijk kan maken dat de zorgaanbieder in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout¹ heeft begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken;

c. de zorgaanbieder niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering mee heeft gewerkt dan wel niet mee heeft willen werken aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;

d. de zorgaanbieder niet heeft voldaan aan zijn verplichtingen op het gebied van het milieu-, sociaal en arbeidsrecht uit hoofde van het recht van de Europese Unie, nationale recht of collectieve arbeidsovereenkomsten of uit hoofde van de in bijlage X van richtlijn 2014/24/EU vermelde bepalingen van internationaal milieu-, sociaal en arbeidsrecht.

e. de zorgverzekeraar beschikt over voldoende plausibele aanwijzingen om te concluderen dat de zorgaanbieder met andere ondernemers overeenkomsten heeft gesloten die gericht zijn op vervalsing van de mededinging;

f. de zorgaanbieder blijkt heeft gegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar en dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties.

g. de zorgaanbieder zich in ernstige mate schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de informatie die nodig is voor de controle op het ontbreken van gronden voor uitsluiting of het voldoen aan de minimumeisen of heeft die informatie achtergehouden, dan wel niet in staat was de ondersteunende documenten over te leggen;

h. de zorgaanbieder voorkomt op de lijst van de Global Compact Principles van de Verenigde Naties.

i. de zorgaanbieder zelf of iemand die lid is van het bestuurs-, leidinggevend of toezichhoudend orgaan van de zorgaanbieder of daarin vertegenwoordigings-, beslissings- of controlebevoegdheid heeft, heeft ertoe bijgedragen dat een eerdere Zvw/Wlz inkoopopdracht, een eerdere opdracht van een inkoopend zorgverzekeraar of zorgkantoor of een eerdere Zvw/Wlz overeenkomst heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van die eerdere opdracht, tot schadevergoeding of tot andere vergelijkbare sancties.

¹ De zorgaanbieder heeft in de uitoefening van zijn beroep de afgelopen drie jaar een ernstige fout begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken. Als het door de zorgaanbieder begaan van een ernstige fout in de uitoefening van zijn beroep wordt in ieder geval aangemerkt:

a) het doen van een gift of belofte of het aanbieden van een dienst indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd iemand iets te laten doen wat in strijd is met zijn plicht;

b) het vervalsen of valselijk opmaken van een geschrift dat bestemd is om tot bewijs van enig feit te dienen;

c) het verstrekken van onjuiste gegevens of het ten onrechte niet verstrekken van juiste gegevens, indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd financieel voordeel te behalen (vermoeden van fraude);

d) het handelen of nalaten waardoor de lichamelijke integriteit van werknemers of andere personen ernstig in gevaar wordt gebracht;

e) het opgelegd hebben gekregen van een boete of last onder dwangsom in de zin van artikel 56 van de Mededingingswet;

f) het in het kader van de uitvoering van een opdracht hebben begaan van een onrechtmatige daad waaruit ernstige schade is voortgevloeid, met dien verstande dat de onder a tot en met f genoemde gedragingen plaatsvinden in het kader van de beroepsuitoefening.

j. er op het moment van de aanvraag van de overeenkomst nog schuld uitstaat bij Menzis Zorgverzekeraar NV, Anderzorg NV, Menzis N.V. dan wel Stichting Zorgkantoor Menzis moet deze op het moment van aangaan van de overeenkomst zijn terugbetaald, verrekend, of moet er een afspraak zijn gemaakt over de terugbetaling. Zo niet, dan kan Menzis weigeren de overeenkomst aan te gaan. In elk geval wordt de ingangsdatum van de overeenkomst opgeschort tot het moment dat er wel terugbetaald dan wel een terugbetalings- of verrekeningsafpraak is gemaakt.

Menzis betreft bij de toepassing van het voorgaande (muv punt IV j.) uitsluitend situaties die zich in de 3 jaar voorafgaand aan tijdstip van het verzoek om een overeenkomst hebben voorgedaan.

Bijlage 2. Minimumeisen

Minimale eisen zijn eisen waaraan de zorgaanbieder op het moment van het indienen van de vragenlijst (tenzij anders aangegeven) én gedurende de duur van de overeenkomst aan moet (blijven) voldoen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de minimumeisen ELV en GRZ.

Minimumeisen eerstelijnsverblijf

Voor de inkoop 2020 gelden de volgende minimumeisen voor aanbieders van eerstelijnsverblijf (ELV):

1. De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de zorgaanspraak Eerstelijnsverblijf valt;
2. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel en levert bij inschrijving een recent afschrift hiervan aan, niet ouder dan 1 januari 2019;
3. De zorgaanbieder beschikt over een formeel vereiste WTZi toelating voor de functie verblijf met behandeling, verpleging en verzorging;
4. De zorgaanbieder heeft de meest actuele Zorgbrede Governancecode ingevoerd (bij rechtspersonen);
5. De zorgaanbieder beschikt over een meervoudige toezicht welke is vastgelegd in de statuten en het handelsregister (bij rechtspersonen);
6. 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;
7. De zorgaanbieder heeft (sub)regionale ketenafspraken, die in een convenant zijn vastgelegd. In dat convenant zijn in ieder geval afspraken gemaakt met (vertegenwoordigers van) huisartsen, het ziekenhuis (en evt. transferverpleegkundige, SOG en/of AVG) en instellingen voor verpleging en verzorging thuis over kennis, het transferproces, de overdracht en triage, zodanig dat de medische verantwoordelijkheid voor de zorg geborgd is. Dit convenant wordt op verzoek aangeleverd.

8. 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 door Menzis gecontracteerde locaties 24/7 inzetbaar zijn.
9. De zorgaanbieder garandeert 7 x 24 verlening van zorg blijkend uit de website;
10. De zorgaanbieder heeft bij inschrijving geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen;
11. 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 2020 afgesloten.
12. De zorgaanbieder beschikt over een samenstellings-, beoordelings- of controleverklaring met een goedkeurende strekking 2018 van een accountant.

Aanvullende minimumeisen ELV om in aanmerking te komen voor maatwerkafspraken met betrekking tot CF

1. De aanbieder beschikt over aantoonbare ervaring met het ontwikkelen van het ELV-loket zoals dat is gestart in 2017, blijkend uit de bestaande lijsten ELV-loket;
2. Zorgaanbieders sluiten geen partijen uit voor deelname aan de regionale CF.

Minimumeisen geriatrische revalidatiezorg

Voor de inkoop 2020 gelden de volgende minimumeisen voor aanbieders van geriatrische revalidatiezorg (GRZ):

1. De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de zorgaanspraak geriatrische revalidatiezorg (Zvw) valt;
2. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel en levert bij inschrijving een recent afschrift hiervan aan, niet ouder dan 1 januari 2019;
3. De zorgaanbieder beschikt over een formeel vereiste toelating (WTZi) voor de levering van zorg, en voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor;
4. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de meest actuele Zorgbrede Governancecode ingevoerd (bij rechtspersonen);
5. De zorgaanbieder beschikt over een meervoudige toezicht welke is vastgelegd in de statuten en het handelsregister (bij rechtspersonen);
6. De zorgaanbieder heeft de juiste deskundigheid op het terrein van GRZ. Om invulling aan deze deskundigheid te geven, heeft de zorgaanbieder:
 - a. een gespecialiseerde afdeling voor GRZ;
 - b. een specialist ouderengeneeskunde in dienst die een kaderopleiding heeft gevolgd of in opleiding is en die onderdeel uitmaakt van het behandelteam van de GRZ-afdeling in het verpleeghuis;
 - c. op een locatie met een gespecialiseerde afdeling voor GRZ, 24-uurs aanwezigheid van verpleegkundig niveau 4 / 5;

d. gespecialiseerde paramedici en verpleegkundigen gericht op deze doelgroep.

7. De zorgaanbieder garandeert 7 x 24 verlening van zorg;

8. De minimumeis voor Menzis om een zorgaanbieder een contract aan te bieden voor het leveren van zorg per specifieke diagnosegroep per locatie is:

a. Electieve orthopedie samen met trauma: minimaal 75 patiënten per jaar;

b. CVA: minimaal 50 patiënten per jaar;

c. Amputatie: geen minimum en

d. Overig: minimaal 50 patiënten per jaar.

9. De zorgaanbieder heeft regionaal ketenafspraken gemaakt en neemt deel aan een multidisciplinaire overlegstructuur. In deze structuur worden ten minste (werk)afspraken gemaakt over wachttijden, informatievoorziening richting de patiënt en tussen ketenpartners, triage, casuïstiek én er wordt informatie uitgewisseld over de inhoud en borging van de zorgpaden per doelgroep. De verschillende deelnemende partijen die zich aan die ketenafspraken gecommitteerd hebben - ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, huisartsen en instellingen voor verpleging en verzorging thuis - staan in de werkafspraken genoemd. Deze ketenafspraken dragen bij aan de kwaliteit van de GRZ. We verwachten dat deze inhoudelijke werkafspraken in een regionaal convenant tussen partijen zijn vastgelegd. Dit convenant wordt op aanvraag aangeleverd;

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). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders voor de betreffende zorgsoort geïntegreerd. De zorgaanbieder verantwoordt zich hierover in het jaardocument;

11. 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 2019 afgesloten;

1.2 De zorgaanbieder heeft bij inschrijving geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen.

Bijlage 3. Toetsing

Menzis gaat uit van de integriteit van zorgaanbieders, maar behoudt zich het recht voor om hierop te toetsen; steekproefsgewijs of indien daar aanleiding voor is.

Menzis kan bewijsstukken bij de zorgaanbieder opvragen. Indien Menzis de benodigde informatie uit openbare bronnen kan verkrijgen, zal Menzis dit doen. Menzis maakt oa gebruik van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ).

Voor de toetsing of de uitsluitingsgronden niet op de zorgaanbieder van toepassing zijn, kan een Gedrags Verklaring Aanbesteden (GVA) of Verklaring omtrent Gedrag rechtspersonen (VOG RP) worden opgevraagd. De zorgaanbieder krijgt voldoende tijd om deze bewijsstukken aan te vragen en aan te leveren.

Bijlage 4. Uitvoeringseisen

Uitvoeringseisen eerstelijnsverblijf

Menzis hanteert voor alle gecontracteerde zorgaanbieders eerstelijnsverblijf in 2020 dezelfde uitvoeringseisen. Aan deze eisen moet de zorgaanbieder gedurende looptijd van de overeenkomst voldoen. 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 (her)indicatie met begindatum, verwachte ontslagdatum, de hoofdbehandelaar 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.
4. Afhankelijk van de problemen bij en van de verzekerde kan de zorgaanbieder professionals toevoegen aan het multidisciplinair (zorg) team (MDT), het team bestaat uit in ieder geval SOG/AVG, verpleegkundige, fysio en/of ergotherapeut en verzorgende. De aanbieder draagt zorg voor voldoende deskundigheidsniveau van het MDT;
5. 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);
6. De zorgaanbieder heeft de plicht om bij voltoop van 70% van de financiële afspraak hiervan melding te doen bij Menzis;
7. Menzis gaat enkele aanbieders uitnodigen om een benchmark ELV te ontwikkelen.
8. De zorgaanbieder is aangesloten bij een in zijn adherentiegebied werkzaam coördinatiefunctionaliteit (hierna: CF) en conformeert zich aan de afspraken die met dit coördinatiepunt in de regio zijn gemaakt.
9. De zorgaanbieder maakt voor het plaatsen van de verzekerde voor ELV gebruik van de CF in zijn regio.

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;
- De zorgaanbieder beschikt over een centrale zorgverlener conform Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017
- 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, beschikt de hospice over:
 - a. het Perspekt keurmerk palliatieve zorg of;
 - b. het Perspekt PREZO keurmerk hospicezorg.
- Indien de zorg geleverd wordt in een high care hospice, dan is de hospice aangesloten bij de Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN);
- 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.

Uitvoeringseisen geriatrische revalidatiezorg

Menzis hanteert voor alle gecontracteerde zorgaanbieders GRZ in 2020-2021 dezelfde uitvoeringseisen. Aan deze eisen moet de zorgaanbieder gedurende looptijd van de overeenkomst voldoen. 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.

- De zorgaanbieder informeert Menzis over de productie per kwartaal en geleverde kwaliteit van zorg in een door Menzis opgesteld format. Menzis stelt dit format tijdig ter beschikking aan de zorgaanbieder;

- De zorgaanbieder heeft de plicht om bij voltoop van 70% van de financiële afspraak hiervan melding te doen bij Menzis;
- Er vindt minimaal 1 keer per 2 jaar een representatief patiënttevredenheidsonderzoek plaats. Dit kan eventueel ook via een evaluatieformulier bij ontslag. Met representatief bedoelen we dat er een patiënttevredenheidsonderzoek bij minimaal 30 patiënten is uitgevoerd en deze minimaal 80% van de GRZ-piëntenpopulatie beslaat. De resultaten van dit onderzoek dienen periodiek te worden gebruikt om de zorg te verbeteren. Dit verbeterplan is door Menzis in te zien;
- De Barthelscore wordt bij opname en ontslag geregistreerd in het medisch dossier. Wij confirmeren ons hierbij aan de normen en standaarden gesteld door de beroepsgroep; in de toekomst kan dit betekenen dat deze score wordt berekend door gebruik van de USER;
- Een poliklinisch traject in aansluiting op het klinische traject behoort tot de mogelijkheden;
- De zorgaanbieder biedt minimaal 6 dagen per week, maandag tot en met zaterdag, opnamemogelijkheid en behandeling voor GRZ;

Uitzondering reisafstand

Om in een regio voldoende, kwalitatief goede GRZ zorg te kunnen blijven aanbieden maakt Menzis een uitzondering voor situaties waar de reisafstand tot een alternatieve zorgaanbieder meer dan 20 kilometer bedraagt. In deze uitzonderingsituaties wordt uitgegaan van minimaal 25 patiënten per diagnosegroep per locatie per jaar. Hierbij gelden de volgende aanvullende voorwaarden:

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