



Zorginkoopbeleid 2018

GGZ

menzis

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3	Bijlage 1 – Verzekerde therapieën GGZ	22
1.1.	Terugblik op zorginkoop 2017	3	Bijlage 2 – Geschiktheidseisen vrijgevestigden	27
2.	Speerpunten GGZ voor 2018	5	Bijlage 3 – Geschiktheidseisen instellingen	28
2.1	Speerpunt 1: Waardegerichte zorginkoop	5	Bijlage 4 – Uitsluitingsgronden VG en Instellingen	30
2.2	Speerpunt 2: Focus op de regio	8		
2.3	Wijzigingen GGZ 2018	11		
3.	Contracteerspecificaties	15		
3.1	Inkoopeisen	15		
3.2	Inkoopmethodiek	15		
3.3	Beleid inzake nieuwe zorgaanbieders	17		
3.4	Financieel beleid	17		
4.	Procedures zorginkoop	20		
4.1	Planning	20		
4.2	Algemeen tijdspad	20		
4.3	Bereikbaarheid	21		
5.	Consultaties	21		

1. Inleiding

Hierbij presenteren we u het Zorginkoopbeleid GGZ 2018. Dit beleid vormt de basis voor de contractering van instellingen en vrijgevestigden (VG) voor het jaar 2018.

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 houden. De speerpunten voor ons beleid 2018 komen voort uit onze bredere visie op zorg, waarin het toevoegen van waarde aan de zorg het uitgangspunt is. Op onze [website](#) kunt u meer over onze visie op waardegerichte zorginkoop lezen.

Het inkoopbeleid 2018 betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet. Dit document spitst zich volledig toe op het zorginkoopbeleid voor de Geestelijke Gezondheidszorg, daarbij aangemerkt dat de POH-GGZ onder het beleid van de huisartsenzorg hoort. In bijlage 1 staat beschreven welke therapieën we beschouwen als verzekerde zorg binnen de GGZ. We merken daarbij op dat het voorliggende inkoopbeleid rekening houdt met de afspraken zoals die zijn opgenomen in het Model Kwaliteitsstatuut GGZ, waaraan Menzis zich vanzelfsprekend conformeert. In dit document zullen we daarnaar verwijzen waar dit van toepassing is.

In 2018 continueren we graag met u de koers die is ingezet en willen we nog een stap verder gaan op het gebied van:

1. Waardegericht inkopen
2. Focus op de regio

1.1. Terugblik op zorginkoop 2017

Ook in 2017 hebben we binnen de GGZ te maken gekregen met de nodige veranderingen. Met name de invoering van het Kwaliteitsstatuut was één van de grote thema's in het veld. We hechten grote waarde aan deze stap in de richting van transparante en kwalitatief goede zorg voor mensen met psychische aandoeningen. Tegelijkertijd signaleren we wel dat het Kwaliteitsstatuut nog verder doorontwikkeld dient te worden; er staan nu diverse 'open normen' in genoemd.

We nemen deel in werkgroepen die zich bezighouden met de doorontwikkeling, zodat we in de toekomst een bestendig Kwaliteitsstatuut kunnen neerzetten.

In 2017 hebben we ons, samen met zorgaanbieders, gericht op de doorontwikkeling van zorgprogrammatisch werken. In een werkgroep met zorgaanbieders en SBG hebben we bekeken hoe de ROM-gegevens kunnen bijdragen aan de interne Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus. Dit leverde meer inzicht op in zowel de zorgvraag als de doelmatigheid van de behandeling. In 2018 zal zorgprogrammatisch werken opgaan in de werkgroep waardegericht inkopen, waarin we met zorgaanbieders afspraken willen maken over het verhogen van de zorguitkomsten en over het beheersen van kosten.

Daarnaast is er in de inkoop veel aandacht geweest voor het sturen op eindigheid van zorg en/of uitstroom richting de GBGGZ. Waar voorheen de focus lag op het beperken van vervolg DBC's, is in 2017 gestart met het belonen van trajecten waarbij er is uitbehandeld of waarbij de behandeling wordt voortgezet in de GBGGZ/Wmo of bij de POH-GGZ.

Ook is in de in 2017 gebruikte inkoopcriteria geprobeerd te verduidelijken dat het uiteindelijk moet gaan om de verzekerde die in zorg komt. Het gaat bij de klanttevredenheid niet langer om dát er gemeten wordt, maar om de uitkomst van de meting. Hoe tevreden zijn verzekerden over de zorg die bij een aanbieder is genoten. Ook het punt dat verzekerden de mogelijkheid hebben om zorg te kunnen krijgen op een moment dat het voor hen het beste uitkomt, is onder de aandacht gebracht. Er wordt beloond wanneer een verzekerde niet alleen tijdens kantooruren bij de aanbieder voor zorg terecht kan, maar ook eventueel in het weekend of op een avond. Het inkooptraject is nog enigszins onder druk komen te staan doordat er tijdens het inkooptraject nieuwe tarieven werden uitgegeven door de NZa. Uiteindelijk is met alle zorgaanbieders een goede afspraak gemaakt over de te leveren zorg en over mogelijke vervolgesprekken naar aanleiding van een beroep dat door zorgverzekeraars is aangespannen tegen de NZa tariefbeschikking.



Hoe maken we het verschil?

1. We kopen in op waarde.
2. De regionale inkoop gebeurt in nauwe afstemming met andere zorgsoorten binnen Menzis.
3. We beheersen onze kosten door een normatief uurtarief in te stellen.

2. Speerpunten GGZ voor 2018

Voor 2018 richten we ons binnen de GGZ op twee speerpunten:

1. Waardegericht inkopen
2. Focus op de regio

Menzis ziet waardegericht zorg inkopen als de sleutel voor een toekomstbestendige en betere gezondheidszorg voor onze verzekerden. Het richt zich op die zorg die de beste verhouding heeft tussen gezondheidsuitkomsten die voor de verzekerde relevant zijn (kwaliteit) en kosten voor het leveren van die zorg.

In onze contractafspraken staat het perspectief van onze verzekerden en hun zorgbehoefte centraal. Dan gaat het om het behandelen van aandoeningen, het versterken van gezondheid en het bevorderen van mentale fitheid. Bij Menzis noemen we dat 'leefkracht'.

Dat willen we bereiken samen met de zorgaanbieders. Met hen gaan we bij voorkeur over een langere periode samenwerkingsrelaties aan. Dat stelt ons in staat om gezamenlijk vergaande afspraken over kwaliteit te maken en biedt ruimte voor groei op kernactiviteiten. Ook biedt het meer mogelijkheden om zorg dichtbij in de regio te organiseren, innovaties te implementeren en tegelijkertijd de kosten te verminderen.

2.1. Speerpunt 1: Waardegericht inkopen

Ook in de GGZ wordt in de komende jaren verder gewerkt aan het waardegericht inkopen, waarbij we met zorgaanbieders afspraken willen maken over het verhogen van de zorguitkomsten tegen zo laag mogelijke kosten. Het waardegericht inkopen is succesvol als:

- ✓ we door middel van inkoopafspraken bij zorgaanbieders steeds meer waarde voor de klant toevoegen, tegen minimaal gelijkblijvende kosten per klant.
- ✓ klanten op basis van objectieve, vergelijkbare informatie in alle vrijheid meer geïnformeerde keuzes kunnen maken voor een zorgaanbieder.

2.1.1 Verbeteren van uitkomsten van zorg

Het verbeteren van uitkomsten van zorg in de GGZ willen we bereiken door duidelijke, meetbare afspraken met zorgaanbieders te maken op de volgende vier domeinen:

1. Uitkomsten van zorg
2. Klantervaringen met de zorg
3. Veiligheid van de zorg
4. Toegankelijkheid van de zorg



Uitkomsten van zorg en klantervaringen met de zorg

Bij het maken van deze afspraken wordt gebruik gemaakt van reeds beschikbare uitkomstindicatoren in de GGZ, zoals ROM- & CQI-gegevens. Na diverse jaren waarin Menzis het genereren van uitkomstgegevens in de GGZ heeft gestimuleerd, wordt in 2018 een vervolgslag gemaakt door inhoudelijk aan de slag te gaan met uitkomstindicatoren.

Met beschikbare kwaliteitsinformatie bekijken we, samen met zorgaanbieders, hoe zij presteren. Bij de te maken afspraken willen we nadrukkelijk aandacht geven aan het verbeterpotentieel. De essentie is om te komen tot een kwaliteitsverbeteringscyclus (PDCA) bij de zorgaanbieder. Het idee is om zorgaanbieders nog verder te stimuleren om te komen tot verbeterlagen binnen de eigen organisatie om zo de zorg elke dag met meerwaarde voor onze verzekerden te organiseren en te leveren.

Veiligheid van de zorg

Dit aspect komt terug in de contractafspraken. Het gaat hier met name om de IGZ normen.

Toegankelijkheid van de zorg

In geval van dreigende overschrijding van de Treeknormen verwachten we van onze zorgaanbieders dat zij klanten zo vroeg mogelijk actief bemiddelen naar ofwel een andere gecontracteerde zorgaanbieder, ofwel naar onze afdeling [Zorgadvies](#). We bekijken dan, samen met de verzekerde en zorgaanbieder, hoe we de onwenselijke situatie zo snel mogelijk kunnen oplossen.

2.1.2 Beheersen van kosten

Naast het verbeteren van kwaliteit van zorg blijft kostenbeheersing van groot belang. Daarom willen we uitkomsten in relatie gaan brengen tot kosten.



2.1.3 Doelgroep

In 2018 wordt aan het waardegericht inkopen concreet invulling gegeven door bij SGGZ-instellingen voor de aandoening depressie:

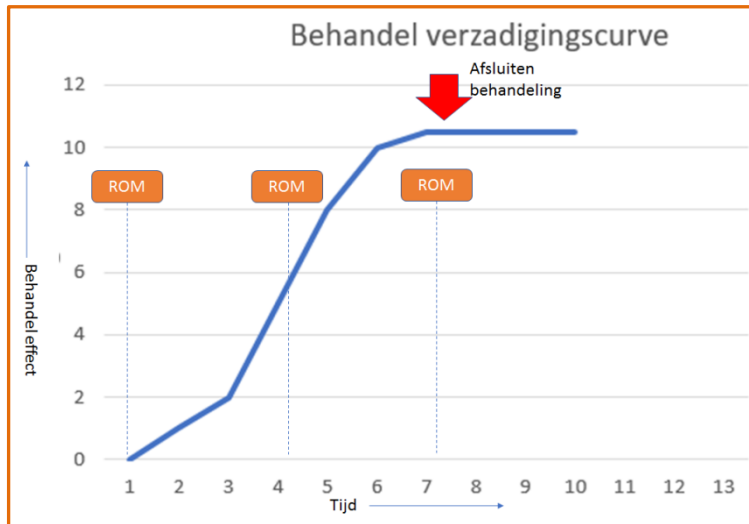
- beschikbare kwaliteitsinformatie te bespreken om zicht te geven op de prestaties en het verbeterpotentieel van de zorgaanbieder.
- zorgaanbieders te belonen voor goede kwaliteit van zorg in relatie tot de kosten danwel aanbieders nog verder te stimuleren te komen tot een kwaliteitsverbeteringscyclus (PDCA), leidend tot meerwaarde voor de klant.
- het gezamenlijk periodiek volgen van de gemaakte afspraken gedurende de contractperiode om de voortgang ervan te bewaken.

Naast het bovenstaande roepen we aanbieders op om kwaliteitsinformatie publiekelijk beschikbaar te maken richting patiënten/ cliënten. Menzis heeft eveneens de intentie om publieke kwaliteitsinformatie via de [Zorgvinder](#) beschikbaar te maken, om onze verzekerden te helpen geïnformeerde keuzes te maken waar ze de zorg willen ontvangen.

2.1.4 Toekomst waardegericht inkopen

Vanuit het perspectief van waardegericht inkopen wordt ook van zorgaanbieders verwacht dat zij continu tijdens de behandeling monitoren of er nog waarde gecreëerd wordt voor de verzekerde. Dit monitoren kan door gedurende de behandeling vaker te 'ROMmen', om te bezien of de gedane investeringen nog lonend zijn. De toegevoegde waarde wordt over het algemeen met het verstrijken van de tijd minder: de wet van de afnemende meeropbrengst.

Schematisch weergegeven ziet dat er als volgt uit:



Figuur 1. Toegevoegde waarde behandeling in de tijd

We gaan graag met een select aantal zorgaanbieders verkennend in gesprek over hoe deze curve in de praktijk ingevuld kan worden, om te bezien hoe het afkappunt van behandelingen steeds beter herkend kan worden en er zodoende gestuurd kan worden op het zo kosteneffectief mogelijk creëren van waarde.

Ambities

Voor de zorginkoop 2018 willen we het volgende bereiken:

- Vaststellen welke geaccepteerde indicatoren geschikt zijn voor inkopen op waarde (kwaliteitsindicatoren i.c.m. kostenindicatoren)
- Monitoren bij aanbieders op geselecteerde indicatoren
- Start met interne vergelijking bij de zorgaanbieder op geselecteerde kwaliteitsindicatoren/kosten (PDCA)



2.2. Speerpunt 2: Focus op de regio

Om te zorgen voor waardegerichte zorg, is een regionale benadering noodzakelijk. De feitelijke zorgbehoefte van verzekerden naar aard en zwaarte van de zorgvraag kan per regio verschillen. Om de aansluiting van het zorgaanbod (zowel ambulante als klinische) op de zorgvraag te realiseren en daarmee de zorg rondom de verzekerde te organiseren is focus op de regio van belang.

Focus op de regio staat voor zorg aanbieden daar waar het nodig is voor onze verzekerden. Er is een verschil in de diverse GHOR-regio's in Nederland. In 2017 heeft er een doorontwikkeling plaatsgevonden op het gebied van verwerken van gegevens over de regio's en dit kan voor het eerst gebruikt worden bij de zorginkoop voor 2018. Er wordt bepaald welke zorg bij de zorgaanbieders in de regio beschikbaar is en wat aansluit bij onze verzekerdenpopulatie. Dit wordt gerelateerd aan aanbevelingen die zijn opgenomen in zorgstandaarden en rapporten, o.a.:

- [Samen verder doorpakken verwarde personen](#)
- [Taskforce EPA](#)
- [Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen](#)

2.2.1 Crisisfunctie

In elke regio contracteren we één of meerdere zorgaanbieders die verantwoordelijk zijn voor de crisisdienst van die regio. Alleen instellingen met een gecontracteerde 24-uurs crisisdienst met een regionale functie mogen bij een crisisinterventie een DBC openen en daarop crisisactiviteiten schrijven. Deze zorgaanbieder is niet alleen

verantwoordelijk voor het organiseren van de 24/7 bereikbaarheid, maar ook voor het vormgeven van een 'acute zorg-keten' met andere zorgpartners en zorgverzekeraars. De zorgaanbieders die we contracteren voor de regionale crisisfunctie, moeten tenminste voldoen aan de eisen zoals beschreven in de Nadere regel - Gespecialiseerde GGZ van de NZa (NR/REG-1734).

Andere aanbieders dienen schriftelijke afspraken te maken met de zorgaanbieder die de regio heeft over deze regionale 24 uurscrisisdienst, waarin in ieder geval is vastgelegd hoe deze aanbieder zorgdraagt voor continuïteit van zorg nadat de crisisdienst de zorg heeft afgerond. Deze andere aanbieders melden dit in hun Kwaliteitsstatuut conform het landelijk model hiervoor.

Vanuit het werkveld ontvangen we aanhoudende signalen van regionale crisisdiensten dat de schaarste van psychiaters en de werkdruk die zij ervaren, door de frequentie waarin zij beschikbaarheidsdiensten draaien, problemen oplevert. Menzis verwacht van de zorgaanbieders die niet de regio hebben over de crisisdienst dat zij meewerken bij het opstellen van een regionaal plan van aanpak hierover, waarin zij eventueel bijdragen in de bemensing van deze crisisdienst. Menzis wil deze regionale initiatieven graag ondersteunen. De aanbieder die voor de regionale crisisdienst is gecontracteerd treedt administratief als hoofdaannemer op wanneer psychiaters of verpleegkundigen van andere zorginstellingen een bijdrage leveren aan de crisisdienst.

2.2.2 Verwarde personen

In de kernwerkgebieden van Menzis worden voorzieningen getroffen voor de opvang van verwarde personen. De betekenis en reikwijdte van adequate zorg voor alle personen die op enig moment verward overkomen is groot, waarbij het belangrijk is om duidelijk te maken welk deel daarvan lijdt aan een psychische aandoening. Menzis hecht eraan dat de verantwoordelijkheid voor goede zorg bij de regionale keten ligt; triage, uitvoering en financiering. De accountmanagers GGZ denken mee over de wijze waarop de opvang moet worden vormgegeven, samen met de keten van zorgaanbieders, het Schakelteam Verwarde Personen, VWS, Justitie en gemeenten.

2.2.3 F-ACT

Flexibele Assertive Community Treatment (F-ACT) is één van de belangrijkste bestanddelen van de ambulantisering in de GGZ. Menzis ziet F-ACT als een geïntegreerd hulpaanbod waar naast complexe behandeling ook daaraan gerelateerde begeleiding plaats vindt. F-ACT wordt ingekocht op basis van zorgbehoefte van onze verzekerden, bij aanbieders die regionaal werken en gecertificeerde teams hebben. De begeleiding van de EPA doelgroep kan uit diverse andere bronnen worden vergoed, bijvoorbeeld vanuit de Wmo. Hierin komt de samenwerking met de gemeenten naar voren.

Menzis wil in haar kernwerkgebieden (provincie Groningen, Achterhoek, Twente, de regio Arnhem- Ede-Tiel en Den Haag) een rol spelen om de multi-financiering van de behandeling en begeleiding van deze complexe doelgroep te helpen realiseren.

2.2.4 HIC

HIC, of wel High & Intensive Care, staat voor kortdurende klinische opname in de Geestelijke Gezondheidszorg. Inkoop vindt plaats voor de high care bedden. In elke regio contracteren we één of meerdere zorgaanbieders voor HIC, passend bij de behoefte in de regio. Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor financiering van HIC bedden moeten bij inschrijving in 2017 minimaal aangemeld zijn voor certificering en het certificaat in 2018 behalen.

2.2.5 Derdelijns zorg

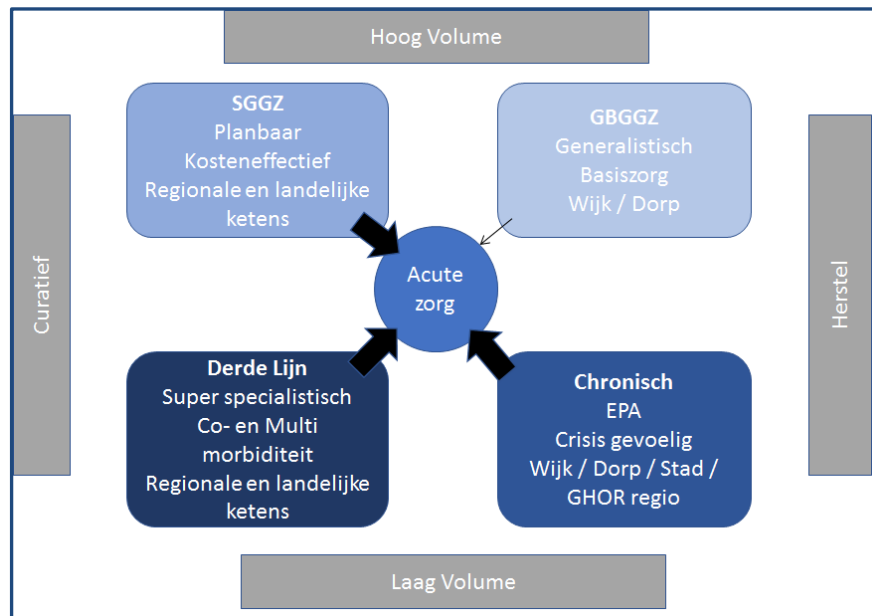
Derdelijns GGZ betreft hoog complexe en gespecialiseerde behandeling. Deze zorg moet regionaal en bovenregionaal zijn georganiseerd. Het gaat hier altijd om een tijdelijke behandeling of advies naar de SGGZ, waarna de behandeling weer in het segment van de SGGZ kan worden voortgezet.

Afdelingen en teams die deze zorg aanbieden hebben een belangrijke rol in het ontwikkelen van de behandeling, de complete zorgketen en deskundigheidsbevordering. Zodat deze vorm van zorg alleen wordt ingezet als de gangbare behandelwijze in de SGGZ niet voldoende oplevert en kan worden afgebouwd en overgedragen zodra mogelijk. Van aanbieders die derdelijns GGZ leveren, verwachten we dan ook dat zij hier aantoonbare afspraken over maken met relevante stakeholders als verwijzende zorgaanbieders, gemeentes, etc.

2.2.6 Segmentering van de inkoopmarkt

De inventarisatie van de zorgvraag en de regio-specifieke inkoop geldt binnen de GGZ voor zowel de GBGGZ als de SGGZ. Binnen de SGGZ hebben we onderscheid gemaakt in een algemeen specialistisch deel, de derdelijns/topklinische zorg en de chronische zorg (figuur 2).

In het midden, centraal tussen de vier hoofdvakken in, staat de Acute zorg waar de verschillende patiëntengroepen gebruik van kunnen maken. Door te werken met dit model kunnen we duidelijk maken hoe deze doelgroepen zijn samengesteld en gedifferentieerd, maar vooral ook welke toegevoegde waarde daarbij zichtbaar passend en mogelijk is.



Figuur 2. Model segmentering van de inkoopmarkt.

2.2.7 Samenwerking

Uiteraard betekent de afbakening van de regio's niet dat de samenwerking zich beperkt tot zorgaanbieders die vanuit de zorgverzekeringswet voor de GGZ worden gefinancierd. De verzekerde mag geen hinder ondervinden van de verschillende zorgsoorten en financieringsbronnen. Er bestaat een duidelijke afhankelijkheid van de zorgsoorten eerste lijn (bijvoorbeeld POH-GGZ) en medisch specialistische zorg (bijvoorbeeld MPU's) en financiering via de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet Publieke Gezondheid. Dit geldt echter ook voor de beschikbaarheid van woningen en werk en van de samenhang met gemeente en justitie. Nauwere afstemming, samenwerking én afbakening van verantwoordelijkheden tussen alle betrokken partijen moet zorgen voor een aansluitende keten en daarmee dus voor integrale zorgverlening aan de verzekerde. De accountmanagers van de afdeling GGZ zijn hierbij betrokken in onze kernwerkgebieden.

2.3.3 Stimuleren van innovatieve zorg

We stimuleren het gebruik van innovatieve zorg. We nodigen zorgaanbieders dan ook graag uit om met ons mee te denken in één van de onderstaande twee innovatiebijeenkomsten die zullen plaatsvinden in 2018. De thema's hiervan zijn:

1. Digitalisering binnen de EPA groep
2. Digitale middelen binnen de GBGGZ behandeling

We zullen de gecontracteerde zorgaanbieders tijdig uitnodigen om deel te nemen aan (één van) deze bijeenkomsten.

2.4. Wijzigingen GGZ 2018

2.4.1 Onderscheid Vrijgevestigde en Instelling

We hanteren voor de zorginkoop 2018 een nieuw onderscheid tussen VG en instelling, gebaseerd op het Kwaliteitsstatuut. Een VG heeft de volgende kenmerken:

- a. De verzekerde/patiënt kiest zelf zijn regiebehandelaar, die dus ook behandelt.
- b. De regiebehandelaar is persoonlijk zorginhoudelijk verantwoordelijk en levert de zorg zelfstandig, tenzij er sprake is van een opleidingssituatie (een opleiding wordt niet beschouwd als medebehandelaar) of waarneming.
- c. De in de VG praktijk en in de Wet BIG geregistreerde regiebehandelaren beschikken ieder over een op naam en persoonlijke AGB-code geregistreerd Kwaliteitsstatuut.
- d. De VG praktijk is zelfstandig: er is geen sprake van juridische en/of financiële afhankelijkheid van een andere rechtspersoon.
- e. De bepaling van een VG zorgaanbieder of instelling gebeurt aan de hand van de AGB-code van de praktijk.

Als een zorgaanbieder niet aan bovenstaande kenmerken voldoet, beschouwen we deze voor de zorginkoop als instelling.

2.4.2 Kwaliteitsstatuut

In het Kwaliteitsstatuut staat een aantal open normen. Voor 2018 gaan we graag met veldpartijen in overleg om deze open normen in te vullen.

2.4.3 Ambulante zorg

Uitgangspunt bij de SGGZ behandeling is dat de behandeling vooral in de eigen omgeving en in interactie met de (sociale) omgeving moet plaatsvinden. Zowel klinisch als ambulante aanbod kan op een passende manier worden aangeboden, waarbij ambulante zorg de basis dient te zijn.

2.4.4 Verzekerde therapieën

De gedeclareerde zorg dient in overeenstemming te zijn met de ontwikkelde zorgstandaarden, Multidisciplinaire Richtlijnen GGZ en beroepsgroep richtlijnen. Omdat deze richtlijnen niet altijd voldoende uitsluitel geven, is landelijk in ZN-verband op basis van richtlijnenonderzoek en literatuuronderzoek een lijst met verzekerde therapieën opgesteld die wel of niet conform de wetenschap en praktijk gerekend kunnen worden. Deze dynamische lijst (die overigens niet al het mogelijke zorgaanbod omvat) maakt sinds enige jaren onderdeel uit van het Menzis-inkoopbeleid en is te vinden in bijlage 1. Zoals vermeld betreft dit een dynamische lijst die op basis van nieuwe inzichten en beoordelingen kan wijzigen. Mocht in de toekomst de dynamische lijst op landelijk niveau gewijzigd worden, dan zal Menzis de meest recente lijst als uitgangspunt nemen.

2.4.5 Digitale zorg

Menzis is voorstander van de inzet van digitale zorg in de behandeling van de meeste doelgroepen. Echter, we zien de inzet altijd als een vorm van blended care, dus in combinatie met een behandeling van face-to-face contacten.

2.4.6 VG

Vanuit kwaliteitsoverwegingen vindt Menzis dat één en dezelfde VG geen parallelle trajecten mag openen voor één en dezelfde verzekerde. Menzis beschouwt in principe zorg geleverd door één behandelaar, ook bij het bestaan van meerdere indicaties, nooit als substantieel eigenstandige behandeltrajecten die in aanmerking komen voor een parallelle DBC.

Er is alleen sprake van een substantieel eigenstandige behandeling als er sprake is van:

- een andere regiebehandelaar, en
- eigen dossiervoering, en
- een eigenstandige verwijzing inclusief zijn eigen organisatie en overhead.

Ook mag de VG de behandelduur van 6000 minuten niet overschrijden; deze declaraties worden daarom niet vergoed. Dit betekent namelijk in de praktijk een zeer intensieve behandeling waarbij de verzekerde meerdere uren per week wordt gezien. Behandelingen met een dergelijke intensiteit vinden we meer geschikt voor instellingen, waar multidisciplinair behandeld kan worden.



2.4.7 Psychosociale zorg

Onder psychosociale (na)zorg wordt verstaan 'het psychosociale (na)traject van een in opzet curatieve of palliatieve somatische behandeling'. Deze nazorg is, zolang het somatische behandeltraject nog niet is beëindigd, een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de medisch specialist (somatisch) en de huisarts. Als er een eigenstandige psychiatrische aandoening is vastgesteld valt het onder de verzekerde GGZ zorg. Als er voorafgaand aan de somatische behandeling, dan wel na afloop daarvan, een eigenstandige psychiatrische aandoening is vastgesteld kan het onder de verzekerde GGZ vallen.

2.4.8 Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) en Psychiatrische Afdeling van een Academisch Ziekenhuis (PUK)

Binnen de PAAZ en PUK geldt dat:

- a. Bedden voor verzekerden met somatisch-psychiatrische comorbiditeit, waarbij de GGZ-problematiek de primaire indicatie voor verblijf betreft, zijn op te vatten als PAAZ-bedden gefinancierd vanuit de GGZ. Eventuele medebehandeling vanuit somatische specialismen wordt dan, conform de regelgeving, vanuit de MSZ (DBC) gefinancierd.

- b. Bedden voor verzekerden met somatisch-psychiatrische comorbiditeit waarbij de somatische problematiek de primaire indicatie voor verblijf vormt, vallen automatisch onder de MSZ (DBC-)financieringsystematiek. Ook de Consultatieve Psychiatrische zorg en de Medisch Psychologische zorg dienen voor die patiënten dan, conform de regelgeving, onderdeel te zijn van de MSZ (DBC-) financiering.

2.4.9 Ervaringsdeskundigheid

De inzet van ervaringsdeskundigheid is een belangrijk onderdeel van het herstel van de patiënt. Ook familie-ervaringsdeskundigheid kan een belangrijke bijdrage leveren aan het begeleiden en ondersteunen van de vele mantelzorgers in de GGZ. Menzis verwacht van de zorgaanbieders dat zij ervaringsdeskundigheid minimaal daar inzetten waar de veldnormen deze voorschrijft; bijvoorbeeld bij (F)ACT en HIC-teams. Om de kwaliteit van de behandeling te kunnen waarborgen mag de inzet van ervaringsdeskundigen maximaal 15% van de behandeling omvatten, gemiddeld genomen over alle DBC's.

Door de NZa wordt een aantal voorwaarden gesteld aan de inzet van ervaringsdeskundigen. De ervaringsdeskundige moet in ieder geval:

- Voldoen aan het competentieprofiel ervaringsdeskundige;
- Deelnemen aan het multidisciplinair overleg (MDO);

- In loondienst zijn. Het is een normale baan. Dit kan ook bij een andere zorgaanbieder zijn (dus inhuren);
- In dienst zijn in de functie van ervaringsdeskundige;
- Voldoen aan de opleidingseisen zoals geformuleerd in het curriculum hbo-mbo. Mbo4 is daarbij de ondergrens.

In tegenstelling tot wat eerder is aangekondigd door de NZa, kan de ervaringsdeskundige in 2018 nog geen tijd schrijven die wordt afgeleid in de DBC.

2.4.10 LGGZ machtigingen

Menzis hanteert een machtigingenbeleid voor verzekerden die langer dan een jaar klinische behandeling nodig hebben. De zorgaanbieder moet deze machtiging minimaal 2 maanden voor start van de behandeling aanvragen en dient hiervoor gebruik te maken van de formulierenset van ZN, de zogenaamde checklist Langdurige GGZ (LGGZ). Meer informatie over de procedure is te vinden op de website van [Menzis](#).

2.4.11 Verwijzen naar de GGZ

Voor 2018 confirmeren we ons aan het in april 2017 vastgestelde beleid omtrent verwijzingen, zoals vastgesteld in de 'Afspraken verwijzing Geestelijke Gezondheidszorg' zoals gepubliceerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Voor 2018 geldt dat in aanvulling op bovenstaande afspraken dat, naast de huisarts en behandelend medisch specialist, de volgende specialismen mogen verwijzen naar de GBGGZ of SGGZ:

- Specialist ouderengeneeskunde (alleen voor verzekerden met een indicatie voor verblijf en behandeling en die daadwerkelijk verblijven op een plek voor verblijf en behandeling).
- Arts voor verstandelijk gehandicapten (alleen voor verzekerden met een indicatie voor verblijf en behandeling en die daadwerkelijk verblijven op een plek voor verblijf en behandeling).

Uiteraard geldt dat verwijzers anders dan de huisarts, worden geacht de huisarts van de verzekerde op de hoogte te stellen van een verwijzing. Voor de inhoud van een correcte verwijsbrief verwijzen wij naar het [format van de Nederlands Huisartsen Genootschap](#). Alleen bij spoedzorg (bijvoorbeeld crisis, gedwongen opname, in zorg via justitie, etc.) is geen voorafgaande verwijzing nodig, maar volstaat berichtgeving naar de huisarts en vastlegging in het dossier.

2.4.12 Verblijf met rechtvaardigingsgrond

Per 1 januari 2018 wordt een nieuwe verblijfsprestatie toegevoegd: verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR). Het gaat hier om verblijf op een bed waar geen medisch noodzakelijke grondslag vanuit de Zvw voor is, maar waarop patiënten verblijven die niet kunnen doorstromen naar bijvoorbeeld een vervolgbehandeling of woning. Het gaat om een vorm van hulpverlening die al verleend wordt, maar die door de publicatie van het rapport 'Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ' wordt verbijzonderd en waar een betaaltitel aan wordt toegevoegd.

Menzis hanteert ten aanzien van deze verblijfsprestatie het volgende beleid:

- Het is voor alle instellingen met klinische capaciteit mogelijk om de prestatie te declareren. De vergoeding die hiervoor gehanteerd wordt is het Menzis-tarief voor deze verrichting maal het met de instelling afgesproken tariefpercentage SGGZ.
- Er wordt een meldingsplicht gehanteerd, waarbij zorgaanbieders bij de accountmanager of zorginkoper van Menzis vooraf melden dat er klinisch verblijf plaatsvindt waarvoor geen medisch noodzakelijke behandeling volgens de Zvw is geïndiceerd. Menzis kan dan actief bemiddelen in de doorstroom naar andere instellingen.
- Voor de berekeningen rondom de beddenreductie naar aanleiding van het bestuurlijk akkoord GGZ (2012) zullen de gedeclareerde VMR-bedden worden meegerekend in het totaal aantal ligdagen.

3. Contractspecificaties

3.1. Inkoop Eisen

Voor alle zorgaanbieders die gecontracteerd willen worden om curatieve GGZ te verlenen gelden dezelfde uitsluitingsgronden en geschiktheidseisen. Indien één of meer uitsluitingsgronden op u van toepassing zijn of als u niet voldoet aan een van de geschiktheidseisen, komt u niet in aanmerking voor een overeenkomst met Menzis.

In bijlage 2 tot en met 4 staan de criteria uitgebreid vermeld. Achter elke categorie voorwaarden staat vermeld per welke datum de zorgaanbieder hieraan moet voldoen.

Om de administratieve lasten te beperken, kan steekproefsgewijs worden gecontroleerd of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Aan de betreffende zorgaanbieder wordt dan gevraagd bewijsstukken aan te leveren. Voor de toetsing of de uitsluitingsgronden niet op u 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 op te vragen en aan te leveren.

3.2. Inkoopmethodiek

De inkoopmethodiek is afhankelijk van het type zorgaanbieder:

- Voor instellingen die alleen SGGZ óf zowel SGGZ als GBGGZ leveren, geldt dat zij in aanmerking kunnen komen voor een éénjarige overeenkomst. De zorginkoop verloopt per e-mail, telefonisch en/of in face-to-face-gesprekken.
- Voor instellingen die alleen GBGGZ leveren geldt dat zij een aanbod krijgen voor een éénjarige overeenkomst. De zorginkoop verloopt per e-mail en/of telefonisch.
- Vrijgevestigden, die voldoen aan de voorwaarden zoals geschetst in de uitsluitingscriteria en geschiktheidseisen, krijgen een aanbod voor een eenjarige overeenkomst. Het aanbod en de ondertekening verloopt digitaal via Vecozo.

Contracteerproces via VECOZO

Dit jaar gaat Menzis voor het digitale contracteerproces gebruik maken 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.

Met de overgang naar het Zorginkoopportaal van VECOZO streeft Menzis naar meer uniformiteit binnen de zorginkoop en administratieve lastenverlichting voor de betrokken zorgpartijen. Het Zorginkoopportaal van VECOZO wordt al door diverse zorgverzekeraars gebruikt. Nu Menzis ook hierop aansluit, biedt het zorgaanbieders steeds meer de mogelijkheid om het contracteerproces (het digitaal aanvragen en afsluiten van contracten) eenduidig via één partij (VECOZO) te laten verlopen. Actuele informatie over de overgang op VECOZO, leest u op onze [website](#).



3.3. Beleid inzake nieuwe zorgaanbieders

Beleid inzake nieuwe instellingen

Instellingen die in 2017 geen overeenkomst met Menzis hebben en voor 2018 hiervoor in aanmerking willen komen, dienen zich uiterlijk 1 juni 2017 aan te melden via het online contactformulier op onze website. Er is sprake van een eenmalig contractermoment: nieuwe aanbieders die zich na 1 juni 2017 melden komen zodoende niet meer in aanmerking voor een overeenkomst voor 2018.

Beleid inzake nieuwe VG

VG die in 2017 geen overeenkomst met Menzis hebben en voor 2018 hiervoor in aanmerking willen komen, dienen zich uiterlijk 1 juni 2017 aan te melden via het online contactformulier op onze website. Er is sprake van een eenmalig contractermoment: nieuwe aanbieders die zich na 1 juni 2017 melden komen zodoende niet meer in aanmerking voor een overeenkomst voor 2018. Er wordt alleen extra gecontracteerd in geval van praktijkovername en in geval de zorgplicht in gedrang komt en indien de betreffende VG aan de gestelde eisen voldoet.

3.4. Financieel beleid

De vier domeinen van waardegericht inkopen worden vertaald naar criteria die de hoogte van de tarieven beïnvloeden. Voor instellingen kan dit ook invloed hebben op de hoogte van het budget. Dit wordt nader bekendgemaakt in het offerteformat voor instellingen en de digitale contracteringsmodule voor VG. In de planning (paragraaf 4.1) leest u wanneer het offerteformat en de inlogcodes voor de contracteringsmodule wordt verzonden.

Voor 2018 hanteert Menzis een eigen prijslijst voor instellingen. Deze zal door de betreffende accountmanager of inkoper met de instellingen worden gedeeld.

3.4.1 Beheersen van kosten SGGZ en GBGGZ

Voor het beheersen van kosten hanteert Menzis vier indicatoren waarover contractuele afspraken gemaakt worden, te weten:

- A. Het maximale budget/omzetplafond
- B. De (gemiddelde) prijs per unieke verzekerde
- C. Het maximaal uit te betalen uurtarief voor GBGGZ en SGGZ (normatief uurtarief)
- D. Beheersen van kosten GBGGZ en SGGZ

A. Het maximale budget/omzetplafond

Een instelling kan te maken krijgen met twee budgetten: één voor de GBGGZ en één voor de SGGZ. Deze budgetten zijn in principe niet uitwisselbaar. In de situatie dat een zorgaanbieder beter weet te presteren op de GBGGZ ten koste van de SGGZ dan dat hij vooraf had ingeschat, is wel verschuiving mogelijk tussen de budgetten. Een VG heeft één budget, dit kan GBGGZ en/of SGGZ behandelingen

bevatten. Kosten van zorg verleend aan verzekerden met een Menzis Basis Vrij polis, die gedeclareerd worden nadat het omzetplafond is bereikt, zullen niet worden meegenomen in het omzetplafond. Dat betekent dat wanneer de zorgaanbieder het omzetplafond bereikt, verzekerden met een Menzis Basis Vrij verzekering nog steeds in zorg genomen kunnen worden. De declaraties van deze zorg zullen worden vergoed tegen het tarief zoals opgenomen in de overeenkomst. Peilmoment voor dat omzetplafond is het moment van openen van de DBC's (en de bijbehorende schadelast). Voor de andere afspraken inzake de eindafrekening tellen deze verzekerden gewoon mee.

B. De gemiddelde prijs per unieke verzekerde

Met instellingen maakt Menzis afspraken over de gemiddelde prijs per unieke behandelde (Menzis) verzekerde voor zowel de SGGZ en de GBGGZ. Bij de eindafrekening wordt dit gehandhaafd.

C. Het maximaal uit te betalen uurtarief voor GBGGZ en SGGZ (normatief uurtarief)

De DBC-systematiek is opgebouwd uit een systeem van tijdschrijven, waarbij de werkelijk bestede tijd in een vergoedingsrange valt. Deze vergoedingsrange biedt de mogelijkheid om de uurvergoeding te beïnvloeden. Uit onderzoek van DBC Onderhoud blijkt dat dit geen louter hypothetische situatie betreft. Er zijn zelfs diverse softwareleveranciers die zorg hebben gedragen voor een monitor, waarmee kan worden gestuurd op de bestede tijd binnen een DBC. Dit betekent dat het uurtarief aanzienlijk hoger uit kan komen dan waar bij de opbouw van de DBC-systematiek vanuit is gegaan.

Vanuit onze verantwoordelijkheid om doelmatige zorg in te kopen, gaan we het aanzienlijk hoger uitkomen van het uurtarief tegen, door het hanteren van maximum gemiddelde uurtarieven. Menzis hanteert voor de SGGZ en GBGGZ maximale gemiddelde uurtarieven. Deze uurtarieven zijn op het moment van schrijven nog niet bekend en zullen in de overeenkomst 2018 worden opgenomen. De berekening van het gemiddelde uurtarief bij een zorgaanbieder vindt plaats door de gedeclareerde ambulante omzet (dus exclusief deelprestaties en overige verrichtingen) van een zorgaanbieder te delen door de totaal op de DBC's/GBGGZ-producten verantwoorde tijdsinvestering (dus directe en indirecte patiëntgebonden tijd), uiteraard in combinatie met het gegunde tariefpercentage. Menzis heeft het recht om het teveel gedeclareerde te verrekenen of terug te vorderen, ook als de zorgaanbieder binnen zijn maximumbudget blijft.

D. Verblijfsdagen en diagnostiek

De instelling declareert met betrekking tot de productieafspraken niet meer dan het maximaal aantal verblijfsdagen tegen het gemiddeld genomen afgesproken tarief. Binnen de SGGZ stellen wij een maximum van 10% aan het aantal diagnostiek-DBC's dat geaccepteerd wordt.

3.4.2 Financiële eindafrekening GBGGZ en SGGZ

Menzis stelt ook voor 2018 een voorlopige en een definitieve eindafrekening op. Het tijdstip tussen die momenten hangt af van het moment waarop de formele- en materiële controles kunnen worden gestart en afgerond.

3.4.3 Beheersen van kosten LGGZ

Onderdeel van de overeenkomst 2018 zijn afspraken over de tariefstelling voor de LGGZ. De NZa stelt maximumtarieven vast voor de prestaties en toeslagen voor LGGZ. Om te bepalen welk percentage van het maximum-NZa tarief vergoed wordt in geval van een afgegeven toestemming, wordt aangesloten bij het tariefpercentage voor de SGGZ. De LGGZ valt buiten de budgetafspraken zoals overeen wordt gekomen in de reguliere overeenkomst 2018. Pas bij een afgegeven machtiging maakt de zorgaanbieder aanspraak op een vergoeding voor de betreffende verzekerde (zie ook Hoofdstuk 2.4.10).



4. Procedures zorginkoop

4.1. Planning

Op 12 november 2017 moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2018 heeft gecontracteerd. Dit om verzekeren 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 2018.

We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2017 af te ronden. Vanaf 12 november 2017 kunnen onze verzekeren op onze [website](#) zien met welke zorgaanbieders we contractafspraken hebben gemaakt. Het tijdschema van de beleidsontwikkeling en contractering 2018 ziet er als volgt uit:

4.2. Algemeen tijdschema

<i>Datum</i>	
Januari – maart 2017	Consultatie zorgaanbieders en patiëntenverenigingen
1 april 2017	Publicatie inkoopbeleid 2018
1 juni 2017	Deadline voor aanmelden overeenkomst nieuwe zorgaanbieders via website
3 t/m 14 juli 2017	Verzending offerteformat/conceptovereenkomst instellingen
11 augustus 2017	Reactie op offerteformat/overeenkomst instellingen (m.u.v. instellingen die alleen

	GBGGZ leveren)
1-15 september 2017	Verzending digitaal aanbod VG
20 oktober 2017	Deadline bevestigen digitale vragenlijst VG
1 november 2017	Overeenkomsten instellingen en VG getekend retour
12 november 2017	Publicatie gecontracteerde zorgaanbod op Zorgvinder

Deze planning is indicatief. Zorgaanbieders kunnen daarom geen rechten aan deze planning ontleen. Menzis behoudt zich het recht voor de planning aan te passen. In dat geval zal Menzis een aangepaste planning publiceren. Indien Menzis een wijziging aanbrengt in de informatie van dit document dan maken wij dit tijdig bekend op onze website met onderliggende motivering.



4.3. Bereikbaarheid

Menzis streeft ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders te ontsluiten via onze website

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.
- Uw contactpersoon van Menzis (zorginkoper of accountmanager).

U kunt ons ook bellen. We zijn bereikbaar via het telefoonnummer 088 222 40 00, 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 zorgverlener bij de hand houden?

5. Consultaties

Menzis betreft koepelorganisaties, zorgaanbieders, categorale patiëntenorganisaties en de ledenraad bij het opstellen van het inkoopbeleid.

In 2016 en 2017 zijn de patiëntenorganisatie MIND-Landelijk Platform GGz (MIND-LPGGz), beroepsverenigingen het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP), alsmede brancheorganisatie GGZ Nederland geconsulteerd met betrekking tot het inkoopbeleid GGZ 2018.

Bijlagen

Bijlage 1

Verzekerde therapieën GGZ

Inleiding

Zorgverzekeraars brengen, na gedegen onderzoek en afstemming met Zorginstituut Nederland (ZiNL), een gezamenlijk advies uit over het wel/ niet voldoen van therapieën aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze therapieën worden in de GGZ toegepast, maar zijn niet geduid door ZiNL.

Advies

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hanteert de volgende categorieën bij het uitbrengen van haar advies over het wel/ niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk:

- a. Interventies binnen de GGZ die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk en dus kunnen vallen onder verzekerde zorg conform polisvoorwaarden
- b. Interventies binnen de GGZ die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk maar alleen voor de hierbij specifiek genoemde stoornis(sen) of indicaties en dus kunnen vallen onder verzekerde zorg conform polisvoorwaarden
- c. Interventies binnen de GGZ die niet als monotherapie voldoen, maar wel als beperkt onderdeel van een behandeling en behandeldoelen in het behandelplan en dus alleen dan vallen onder verzekerde zorg conform
- d. Interventies die (nog) niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk en dus niet vallen onder verzekerde zorg

ZN geeft hieronder voor een aantal therapieën haar advies.

A. Interventies binnen de GGZ die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk en dus kunnen vallen onder verzekerde zorg conform polisvoorwaarden

1. Cognitieve Gedrags Therapie (CGT)
2. Problem Solving Therapie (PST)
3. Kortdurende psychodynamische psychotherapie (KPT)

B. Interventies binnen de GGZ die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk maar alleen voor de hierbij specifiek genoemde stoornis(sen) of indicaties en dus kunnen vallen onder verzekerde zorg conform polisvoorwaarden

1. InterPersoonlijke Therapie (IPT)
 - a. Eigenstandig: Stemningsstoornissen
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige stoornissen waarbij sprake is van depressieve symptomen
2. Cue-exposure behandeling
 - a. Eigenstandig: Verslavingen, Eetstoornissen
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige stoornissen, indien genoemd in de daarvoor geldende Multi Disciplinaire Richtlijnen (MDR)
3. Exposure in vivo
 - a. Eigenstandig: Angststoornissen; inclusief PTSS en trauma
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige stoornissen, indien genoemd in de daarvoor geldende Multi Disciplinaire Richtlijnen (MDR)
4. Psychologische paniekmanagement
 - a. Eigenstandig: Paniekstoornissen
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige stoornissen waarbij paniek klachten interfereren met de stoornis
5. Community Reinforcement Approach (CRA)
 - a. Eigenstandig: Verslaving
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige stoornissen geen verzekerde zorg
6. Deep Brain Stimulation (DBS)
 - a. Eigenstandig: Alleen bij zeer ernstige obsessieve-compulsieve stoornis langer dan 5 jaar bestaand, zonder afdoend effect bij langdurige behandeling met medicatie en cognitieve gedragstherapie
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige stoornissen geen verzekerde zorg
7. Dialectische gedragstherapie
 - a. Eigenstandig: Borderline persoonlijkheidsstoornis
 - b. Onderdeel van de behandeling: Overige persoonlijkheidsstoornissen waarbij problemen zijn in de emotieregulatie, keuze dient onderbouwd te zijn in het behandelplan

8. Applied Relaxation (volgens Öst)
 - a. Eigenstandig: Gegeneraliseerde angststoornis, SOLK (prikkelbare darmsyndroom volgens richtlijn SOLK)
 - b. Onderdeel van de behandeling: Bij alle overige stoornissen geen verzekerde zorg alleen als beperkt onderdeel van de behandeling
9. Twaalfstappenbenadering (Minnesota)
 - a. Eigenstandig: Alleen (als ambulante) behandeling bij aan een middel gebonden verslaving, waarbij behandeld wordt volgens de geldende Multi Disciplinaire Richtlijnen (MDR)
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige stoornissen geen verzekerde zorg
10. Systems Training for Emotionally Predictability and Problem Solving (STEPPS)
 - a. Eigenstandig: Persoonlijkheidsstoornis
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige stoornissen geen verzekerde zorg
11. Mentalization based therapy (MBT)
 - a. Eigenstandig: Borderline persoonlijkheidsstoornis
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige persoonlijkheids-stoornissen, keuze dient onderbouwd te zijn in het behandelplan
12. Schema(gerichte)therapie (= schema-focused therapy)
 - a. Eigenstandig: Borderline persoonlijkheidsstoornis
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige persoonlijkheids-stoornissen, keuze dient onderbouwd te zijn in het behandelplan
13. Transference focused (psycho)therapy (TFP)
 - a. Eigenstandig: Borderline persoonlijkheidsstoornis
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige persoonlijkheids-stoornissen, keuze dient onderbouwd te zijn in het behandelplan
14. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
 - a. Eigenstandig: Post traumatisch stress syndroom (PTSS)
 - b. Onderdeel van de behandeling: overige stoornissen waarbij een psychotraumatische ervaring interfereert met de primaire stoornis

15. Hypnotherapie
 - a. Eigenstandig: Volgens richtlijn SOLK
 - b. Onderdeel van de behandeling: bij alle overige stoornissen geen verzekerde zorg
16. Hallucinatiegerichte Integratieve Therapie (HIT)
 1. Eigenstandig: Volgens richtlijn schizofrenie
 2. Onderdeel van de behandeling: overige stoornissen geen verzekerde zorg
17. Op inzicht gerichte psychotherapeutische psychotherapie

C. Interventies binnen de GGZ die niet als monotherapie voldoen, maar wel als beperkt onderdeel van een behandeling en behandeldoelen in het behandelplan en dus alleen dan vallen onder verzekerde zorg conform polisvoorwaarden

1. Motiverende Gespreksvoering (MGV)/ Motivational Interviewing
2. (Gedragstherapeutische) relatietherapie
3. Vaktherapie (beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotore therapie (volgens duiding ZiNL))
4. Mindfulness Based Cognitieve Gedragstherapie (MBCT)

D. Interventies die (nog) niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk en dus niet vallen onder verzekerde zorg

1. Neurofeedback
2. Psychoanalyse
3. Existentiële therapie
4. Repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS)
5. KIDD workshop
6. Tomatis therapie
7. QEEG geïntegreerde therapie: kwantitatieve Elektro EncefaloGrafie
8. Mind-tuning
9. Rebirthing
10. Psychosynthese
11. Speyer Therapie

12. Gestalttherapie
13. Regressie Therapie
14. Wat-Sji-Gong
15. Neurolinguisch programmeren
16. Psycho-energetische psychotherapie
17. Emotional Freedom Technique
18. Mentaal- Emotieve Training (MET)
19. Maudsley methode
20. Klankschaal therapie
21. Reiki
22. Mindfulnesscursus/-training (MBSR)
23. Cogmed
24. Physical focused therapy
25. Rationeel Emotieve (gedrags)Therapie (RET)
26. Pesso psychotherapie
27. Haptotherapie
28. Ingratieve Therapie Op Formaat (i-TOF)
29. Prometa protocol
30. Biodynamische therapie
31. Bio-energetica
32. Integratieve bewegingstherapie
33. Neo-Reichiaanse therapie
34. Postural integration
35. Unitive therapie
36. Rots en water training
37. Hippische Focale Psychodynamische Psychotherapie (HFPP) (= Equine assisted Focal Psychodynamic Psychotherapy (EFPP))

Bijlage 2

Geschiktheidseisen Vrijgevestigden

Geschiktheidseisen zijn eisen waaraan de zorgaanbieder op het moment van het indienen van de vragenlijst/het offerteformat én gedurende de duur van de overeenkomst aan moet (blijven) voldoen.

1. De zorgaanbieder is ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland.
2. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van een bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2018 afgesloten.
3. De zorgaanbieder levert productie die aansluit bij de productstructuur, het zorgaanbod is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijnen GGZ en/of beroepsgroep richtlijnen.
4. De zorgaanbieder houdt per verzekerde een gestructureerd en compleet dossier bij conform wet- en regelgeving en conform beroepsgroep richtlijnen.
5. De zorgaanbieder beschikt per 1 januari 2018 op basis van en naar voorbeeld van het model Kwaliteitsstatuut, over een getoetst en geaccordeerd inzichtelijk Kwaliteitsstatuut dat is ingediend en geregistreerd bij het Zorginstituut Nederland.
6. De zorgaanbieder past voor de verzekerden een gestructureerde ROM-effectmeting en een klanttevredenheidsmeting en/of klantfeedbackmethode toe en bespreekt deze met de verzekerde. De zorgaanbieder levert de ROM-metingen aan bij SBG.
7. De zorgaanbieder werkt minimaal 16 behandeluren per week in de eigen praktijk(en) en werkt in totaal niet meer dan 40 behandelgerelateerde uren per week in de eigen praktijk(en) en elders tezamen.

Bijlage 3

Geschiktheidseisen Instellingen

Geschiktheidseisen zijn eisen waaraan de zorgaanbieder op het moment van het indienen van de vragenlijst/het offerteformat én gedurende de duur van de overeenkomst aan moet (blijven) voldoen.

1. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland. Een nieuwe zorgaanbieder (een zorgaanbieder die in 2017 geen overeenkomst met Menzis had) dient een kopie van de inschrijving die niet ouder is dan 1 januari 2017 mee te sturen.
2. De zorgaanbieder is toegelaten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen voor de levering van GGZ-zorg en voldoet aantoonbaar aan de eisen van de WTZi. Een nieuwe zorgaanbieder (een zorgaanbieder die in 2017 geen overeenkomst met Menzis had) dient een kopie van de meest recente toelatingsbeschikking mee te sturen.
3. De zorgaanbieder beschikt per 1 januari 2018 op basis van en naar voorbeeld van het model Kwaliteitsstatuut, over een getoetst en geaccordeerd inzichtelijk Kwaliteitsstatuut dat is ingediend en geregistreerd bij het Zorginstituut Nederland.
4. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Zorgbrede Governancecode ingevoerd (voor zover van toepassing).
5. 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 GGZ geïntegreerd. De zorgaanbieder verantwoordt zich hierover in het jaardocument.
6. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van een bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2018 afgesloten.
7. De zorgaanbieder heeft een ambulante zorgaanbod.
8. De zorgaanbieder is aangemeld bij het SBG voor het aanleveren van ROM-metingen.

Aanvullende geschiktheidseisen Voortgezet GGZ-verblijf (LGGZ) onder de Zvw (2e en 3e jaar verblijfs-GGZ)

9. De zorgaanbieder beschikt over de faciliteiten en programma's om zelfredzaamheid en ambulantisering van verzekerden die voortgezet GGZ-verblijf onder de Zvw ontvangen te bevorderen en waar mogelijk ambulantisering te realiseren.

Aanvullende geschiktheidseisen F-ACT

10. De zorgaanbieder werkt regionaal en beschikt over CCAF-gecertificeerde teams.

Aanvullende geschiktheidseisen HIC

11. De zorgaanbieder is aangemeld voor certificering in 2018 en behaalt in 2018 het certificaat.

Aanvullende geschiktheidseisen derdelijnszorg

12. De zorgaanbieder is regionaal en bovenregionaal georganiseerd.
13. De zorgaanbieder heeft samenwerkingsafspraken met verwijzers over afbouw en overdracht van zorg waar mogelijk met relevante stakeholders zoals de verwijzende zorgaanbieders en de gemeenten.

Bijlage 4

Uitsluitingsgronden VG en Instellingen

Op het moment dat de zorgaanbieder de vragenlijst / het offerteformat invult, verklaart deze hierbij dat de uitsluitingsgronden op het moment van het invullen van de vragenlijst/het offerteformat én gedurende de duur van de overeenkomst niet van toepassing zijn op de zorgaanbieder.

1. Als er jegens de aanbieder bij een onherroepelijk geworden rechterlijke uitspraak een veroordeling als in sub 2 bedoeld, is uitgesproken waarvan Menzis kennis heeft.
2. Voor uitsluiting als bedoeld in sub 1 komen in aanmerking veroordelingen 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 sub 1 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 in staat van faillissement of liquidatie verkeert, diens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens hem een surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord geldt, of de zorgaanbieder in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving.

6. Jegens de zorgaanbieder een onherroepelijk geworden rechterlijke uitspraak is gedaan op grond van de op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving wegens overtreding van een voor hem relevante beroepsgedragsregel.
7. De zorgaanbieder in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout heeft begaan die door Menzis aannemelijk kan worden gemaakt.
8. De zorgaanbieder niet heeft voldaan aan verplichtingen op grond van op hem van toepassing zijnde wettelijke bepalingen met betrekking tot betaling van sociale zekerheidspremies of belastingen.
9. 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.
10. Menzis betreft bij de toepassing van sub 7 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 sub 8 uitsluitend ernstige fouten die zich in de vier jaar voorafgaand aan het genoemde tijdstip hebben voorgedaan.

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-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 2018

Datum	29 juni 2017
Auteur	Menzis
Status	Definitief
Versie	2.0

Postbus 640
7500 AP Enschede
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.