



Zorginkoopbeleid 2019

GGZ Instellingen

Versie 1 juli 2018

menzis

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Inleiding	4
1.1 Terugblik op zorginkoop 2018	5
1.2 Overzicht wijzigingen	7
2. Visie op GGZ: speerpunten voor 2019	8
2.1 Waardegericht inkopen	8
2.1.1 Verbeteren van de kwaliteit van zorg	8
2.1.2 Beheersen van kosten	12
2.2 Samen met en voor onze kanten	13
2.2.1 Aansluiten op de zorgbehoefte	13
2.2.2 Vergroten van de leefkracht	17
2.2.3 Focus op de regio	17
2.3 Samen met zorgaanbieders	21
2.3.1 Werken aan een meerjarenperspectief	21
2.3.2 Implementeren van innovatie	22
2.3.3 Verminderen van administratieve lasten	22
3. Inkoopspecificaties	23
3.1 Inkoop-eisen	23
3.2 Inkoopmethodiek	23
3.3 Beleid inzake godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond	25
3.4 Financieel beleid	25
4. Procedures	29
4.1 Planning	29
4.2 Bereikbaarheid	30
5. Consultaties	31
5.1 Specifieke cliëntorganisaties	31
5.2 Zorgaanbieders	31
Bijlagen	32

Voorwoord

Het zorginkoopbeleid van Menzis is erop gericht om samen met u als zorgaanbieder, de zorg kwalitatief goed, betaalbaar en toegankelijk houden. Het toevoegen van extra waarde aan de zorg voor cliënten is de kern van onze aanpak. Voor jong en oud, voor gezond en ziek, voor nu en in de toekomst. 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. Op onze website kunt u meer over onze [visie op waardegerichte zorginkoop](#) lezen.

We kijken uit naar onze samenwerking en dialoog in 2019!

1. Inleiding

Hierbij presenteren we u het Menzis Zorginkoopbeleid Geestelijke Gezondheidszorg 2019 voor instellingen¹. Dit beleid vormt de basis voor de contractering van instellingen voor het jaar 2019.

Het inkoopbeleid 2019 betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet. Dit document spitst zich volledig toe op het zorginkoopbeleid voor de instellingen in de GGZ, daarbij aangemerkt dat voor individuele vrijgevestigde zorgaanbieders in de GGZ [een apart beleidsdocument](#) beschikbaar is en dat de POH-GGZ onder het [beleid](#) voor huisartsenzorg valt.

Het voorliggende inkoopbeleid houdt verder rekening met de landelijke afspraken zoals die zijn opgenomen in het [model-Kwaliteitsstatuut GGZ](#) en de meest recente versie van de [Circulaire Therapieën](#), waaraan we ons vanzelfsprekend conformeren. In dit document zullen we daarnaar verwijzen waar dit van toepassing is.

¹ Groepspraktijken beginnend met AGB-code 94 of 03, die voldoen aan alle bepalingen uit sectie II van het model Kwaliteitsstatuut, bieden we de mogelijkheid aan om als praktijk één gezamenlijk contract aan te vragen. Voor de zorginkoop beschouwen wij deze groepspraktijken als instellingen en daarom dienen zij te voldoen aan de voorwaarden die gesteld worden in het voorliggende Zorginkoopbeleid GGZ 2019 voor instellingen. Waar in dit document staat 'instelling' bedoelen wij zowel instelling als groepspraktijk.

1.1 Terugblik op zorginkoop 2018

Wat is gerealiseerd?

De zorginkoop GGZ 2018 stond in het teken van het met zorgaanbieders tot goede afspraken komen om voor onze klanten kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te realiseren. Overschrijdingen van de afspraak en (volume)-ontwikkelingen in eerdere jaren hebben in een aantal gevallen het tot stand komen van een tijdige afspraak bemoeilijkt. Desondanks kijken we positief terug op de zorginkoop 2018. Samen met u hebben we immers stappen gezet op weg naar meer waardegerichte zorg. We zien waardegerichte zorginkoop als de sleutel voor toekomstbestendige en betere geestelijke gezondheidszorg voor onze klanten, waarbij afspraken met u echt waarde toevoegen aan de zorg voor cliënten. Ook hebben we met trots het eerste meerjarencontract binnen de GGZ geëffectueerd. Hierbij zijn voor alle doelgroepen afspraken gemaakt over de uitkomst van behandelingen, de kwaliteit van de zorg én de betaalbaarheid ervan. In de inkoop 2019 willen we deze ontwikkeling dan ook graag voortzetten. Een andere goede ontwikkeling was de inzet van het VECOZO Zorginkoopportaal voor de digitale contractering van vrijgevestigde zorgaanbieders. Dit heeft gezorgd voor een eenvoudiger en gebruiksvriendelijker contracteerproces. Een mooie mijlpaal, die ertoe leidt dat het voornemen is om voor 2019 ook een selectie van instellingen op deze wijze te contracteren.

Wat hebben wij geleerd in 2018?

Naar aanleiding van onze gesprekken en uw input tijdens de inkoop 2018 hebben we een aantal belangrijke zaken geconstateerd:

- Zorgaanbieders staan open voor een meer waardegerichte manier van inkopen. Het vanuit een meerjarenperspectief met elkaar werken aan betere zorg voor cliënten spreekt aan.
- Innovatie binnen de zorg vereist onze aandacht, zeker gegeven de uitdagingen waar we ons voor gesteld zien richting de toekomst.
- Samenwerking tussen ketenpartners is essentieel voor het bevorderen van het herstel van cliënten, zeker waar het de EPA-doelgroep betreft.
- Voor samenwerkende vrijgevestigde aanbieders (groepspraktijken) was niet omschreven op welke wijze de contractering het beste kon plaatsvinden.

Bovenstaande punten zijn dan ook aanknopingspunten voor het inkoopbeleid 2019.

Wat willen we bereiken in 2019?

Met u willen we ervoor zorgen dat we zoveel mogelijk waarde voor cliënten toevoegen. In de inkoop 2019 gaan we een verdere invulling geven aan **waardegerichte zorg(inkoop)**. Hierbij hebben we een belangrijke focus op kwalitatieve zorginkoop en het realiseren van aantoonbare meerwaarde voor de klant. We maken afspraken over het verhogen van uitkomsten van zorg en over het beheersen van de kosten.

Vanuit ons meerjarenperspectief zetten we bovendien verder in op langere **samenwerkingsrelaties** met zorgaanbieders om de waarde voor cliënten en klanten doorlopend te laten toenemen. Een meerjarenperspectief biedt enerzijds bestendinging en anderzijds het benodigde vertrouwen aan zorgaanbieders binnen de GGZ. Het ontlast daarbij eenieder van jaarlijkse contracteerituelen en stelt ons in staat om gezamenlijk verdergaande afspraken te maken over kwaliteit van zorg, het implementeren van innovaties en kostenvermindering. Met aanbieders willen we dan ook contractafspraken maken waarbij kwaliteit naast kosten expliciete aandacht krijgt. Het doel hiervan is om zorgaanbieders te stimuleren om continu de kwaliteit te verbeteren en de kosten per cliënt te verlagen, zodat al onze klanten hiervan kunnen profiteren.

Daarnaast komt de focus in de inkoop 2019 meer te liggen op ons kernwerkgebied (provincie Groningen, Achterhoek, Twente, de regio Arnhem- Ede- Tiel en regio Haaglanden). Samen met zorgaanbieders en cliënten(organisaties) worden diverse lokale en regionale activiteiten georganiseerd om de zorg te verbeteren. Om de **regionale aandacht** te vergroten gaan we de samenwerking binnen de GGZ met diverse partijen intensiveren. Zo krijgen we een nog beter zicht op de zorgbehoefte in de diverse regio's.

We hechten eraan dat cliënten snel passende zorg ontvangen. Het leveren van zorg binnen de Treeknormen is al langere tijd een belangrijk aandachtspunt bij ons. We willen daarom samen met u nog sterker inzetten op het **verminderen van wachttijden**. Dit doen we onder meer door voldoende zorg in te kopen, te investeren in een passende behandelduur en een passende disciplinemix van behandelaren, het stimuleren van goede ketensamenwerking, actieve zorgbemiddeling en door actuele wachttijden bij zorgaanbieders aan onze klanten specifiek inzichtelijk te maken.

Gezamenlijk hebben we een rol om de administratieve lastendruk in de zorg te verminderen. In 2019 gaan we aandacht besteden aan verdere **vermindering van de administratieve lasten** binnen de GGZ. Dit doen we bijvoorbeeld door deelname aan diverse landelijke trajecten, maar we kijken ook scherp naar hoe we dit zelfstandig kunnen faciliteren. Dit doen we onder meer door ons voornemen om voor de inkoop 2019 het Zorginkoopportaal van VECOZO in te zetten voor het vastleggen van contractuele afspraken met een selectie van instellingen. Om dit tot een succes te maken wordt de samenwerking met een aantal zorgaanbieders opgezocht.

1.2 Overzicht wijzigingen

Ten opzichte van de contractering 2018 zijn er voor 2019 geen grote inhoudelijke wijzigingen in de minimumeisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen.

2. Visie op GGZ: speerpunten voor 2019

2.1 Waardegericht inkopen

Menzis ziet waardegericht zorg inkopen als de sleutel voor toekomstbestendige en betere gezondheidszorg voor onze klanten. We richten ons op die zorg die de beste verhouding heeft tussen gezondheidsuitkomsten die voor de klant relevant zijn (kwaliteit) en kosten voor het leveren van die zorg. In onze contractafspraken staat het perspectief van onze klanten en hun zorgbehoefte centraal. Dan gaat het om het behandelen van aandoeningen, het versterken van gezondheid en het bevorderen van mentale fitheid. We noemen dat 'leefkracht'. Dat willen we samen met u bereiken. We gaan 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.

2.1.1 Verbeteren van de kwaliteit van zorg

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

- Uitkomsten van zorg
- Ervaringen met zorg
- Veiligheid van zorg
- Toegankelijkheid van zorg

Door op deze onderdelen concrete afspraken te maken over onder meer kwaliteitsmeting, kwaliteitsvergelijking en kwaliteitsverbetering in relatie tot de kosten, wordt gewerkt aan kwalitatief betere, kosteneffectieve zorg. Door het stimuleren en/of faciliteren van een continue verbetercyclus, kunnen zorgaanbieders groeien in die zorgverlening, die zij zelf tot hun kernkwaliteiten vinden behoren. Dit vraagt van zorgaanbieders ook kritische zelfreflectie op de (meer)waarde van het huidige zorgaanbod.

Uitkomsten van zorg

Onder uitkomsten van zorg verstaan we de effectiviteit van een behandeling. Om de effectiviteit van zorg te vergroten, faciliteren en stimuleren we een continue verbetercyclus bij zorgaanbieders. 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 gezamenlijke klant te organiseren en te leveren. Om de benoemde verbetercyclus te versterken, zetten we in op het maken van concrete afspraken over continue kwaliteitsmeting, -vergelijking en -verbetering in relatie tot de kosten. We werken hierbij zoveel mogelijk met concrete, reeds bestaande uitkomstindicatoren. We zijn groot voorstander van de inzet van Routine Outcome Measurement (ROM) als instrument waarmee cliënt en behandelaar de voortgang van de behandeling kunnen bespreken en monitoren.

Ook hebben we aandacht voor proces- en structuurindicatoren, aangezien deze medebepalend zijn voor de uitkomst. Zodoende maken we al enkele jaren afspraken over zorgprogrammatisch werken (zie bijlage 1). De huidige ontwikkeling van zorgstandaarden, waarin wordt beschreven hoe de zorg er voor een bepaalde aandoening uit zou moeten zien, faciliteren we dan ook en moedigen we sterk aan. Dit doen we onder meer door een actieve, inhoudelijke bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de zorgstandaarden.

Ervaringen met de zorg

Uiteindelijk willen we allemaal komen tot hetzelfde: een tevreden, leefkrachtige klant. We vinden het dan ook van belang dat cliëntervaringen systematisch worden gemeten. Hierbij is het zaak om zicht te hebben en te houden op de factoren die bepalend zijn voor deze ervaring. Door aan deze factoren sturing te geven, kan de uiteindelijke ervaring positief beïnvloed worden.

Het medeverantwoordelijk maken van de cliënt in zijn eigen behandeling, door als professional de cliënt meer autonomie te geven, is hierin wat ons betreft van groot belang. Dit geldt ook voor het bieden van transparantie en voorspelbaarheid aan de cliënt.

Ervaring met de behandeling is één van de aspecten die onze klant belangrijk acht bij de keuze voor een zorgaanbieder, alsmede een element dat bijdraagt aan een verhoogde effectiviteit van de behandeling. Ervaring met een behandeling heeft wat ons betreft een tweeledige betekenis:

1. Het aantal keer dat een behandelaar een behandeling heeft uitgevoerd
2. De ervaring van het zelf (of in de familie) hebben (gehad) van een dergelijke stoornis: ervaringsdeskundigheid

Menzis ondersteunt initiatieven waarbij (familie-) ervaringsdeskundigen worden ingezet in de behandeling. De inzet van ervaringsdeskundigheid kan een grote bijdrage leveren aan het herstel van de cliënt. We verwachten van u dat u ervaringsdeskundigheid minimaal daar inzet waar de veldnormen dit voorschrijven, bijvoorbeeld om het herstel bij EPA-cliënten te bevorderen. Hierbij dient de ervaringsdeskundige te voldoen aan de [voorwaarden](#) die de NZa daaraan stelt:

- voldoen aan het competentieprofiel ervaringsdeskundige;
- deelnemen aan het multidisciplinair overleg (MDO);
- in loondienst zijn;
- in dienst zijn in de functie van ervaringsdeskundige;
- voldoen aan de opleidingseisen zoals geformuleerd in het curriculum hbo-mbo. Mbo4 is daarbij de ondergrens.

Veiligheid van zorg

Iedere cliënt moet er van op aan kunnen dat er (nagenoeg) geen kans is op persoonlijke 'schade', voortkomend uit het niet werken volgens de professionele standaard en/of tekortkomingen in het zorgsysteem. Het is daarom zaak dat zorgaanbieders systematisch werken aan het herkennen van risico's en het leren van situaties waarin de zorg anders gaat dan verwacht of gepland. Om dit te waarborgen, mag van u worden verwacht dat u voldoet aan bepaalde landelijke, wettelijk vastgelegde minimale kwaliteits- en verantwoordings-eisen. Deze minimale eisen zijn onder meer opgenomen in het model-Kwaliteitsstatuut GGZ. Elke zorgaanbieder dient op het moment van inschrijving over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut te beschikken, dat geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland (ZINL). Een zorgaanbieder die hier niet aan voldoet komt niet in aanmerking voor een overeenkomst en de aldaar verleende zorg komt niet voor vergoeding in aanmerking. De zorg moet worden uitgevoerd conform hetgeen omschreven staat in het goedgekeurde Kwaliteitsstatuut.

In het kader van de veiligheid van zorg tonen we via onze Zorgvinder relevante IGJ-maatregelen waarbij zorgen bestaan over de cliëntveiligheid.

Toegankelijkheid van de zorg

Iedereen moet toegang hebben tot zorg. Toegankelijkheid is onder te verdelen in twee thema's: wachttijd en afstand.

De maximale wachttijd in de GGZ is vastgesteld op de zogenaamde 'Treeknormen'. We zijn het met elkaar eens dat iedereen binnen de Treeknormen geholpen moet kunnen worden. Op dit moment worden landelijk gezien de Treeknormen niet altijd gehaald, zeker niet voor bepaalde doelgroepen (bijv. autisme, persoonlijkheidsstoornissen). Om op 1 juli 2018 dit wel gerealiseerd te hebben, heeft de minister van VWS [afspraken](#) gemaakt met veldpartijen over het terugdringen van de wachttijden binnen de GGZ. Menzis speelt hierin een actieve rol. Het leveren van de zorg binnen de Treeknormen is al langere tijd een belangrijk aandachtspunt binnen Menzis. Wij zetten ons hiervoor in door voldoende zorg in te kopen, te investeren in een passende behandelduur, goede ketenzorg te stimuleren en actief klanten te bemiddelen. In geval van dreigende of zelfs voorspelbare overschrijding van de Treeknormen verwachten we van onze zorgaanbieders dat zij cliënten direct actief bemiddelen naar ofwel een andere gecontracteerde zorgaanbieder, ofwel naar onze afdeling Zorgadvies. De Menzis Zorgadviseur helpt klanten bij het vinden van een passend alternatief in de regio. We zorgen er bovendien voor dat onze klanten inzicht hebben in de actuele wachttijden voor verschillende behandelingen bij verschillende zorgaanbieders.

Naast de wachttijd dient voor de cliënt de reisafstand naar een behandellocatie acceptabel te zijn. Als verzekeraar spelen we hierin een actieve rol door cliënten actief te bemiddelen naar zorgaanbieders dichtbij huis die tijdig kunnen behandelen. Bij de keuze voor een aanbieder zijn onder meer het type behandeling, de duur van de behandeling en de frequentie van de behandelcontacten van belang.

Tot slot zetten we waar het gaat om kwaliteit van zorg in op het tonen van relevante kwaliteitsinformatie aan onze klanten (bijv. via de Menzis Zorgvinder en de website van de zorgaanbieder zelf), zodat deze steeds beter geïnformeerde keuzes kunnen maken waar ze de zorg wensen te ontvangen. In dit kader dragen we actief bij aan de ontwikkeling van de keuzewebsite www.kiezenindeggz.nl.

Waardegerichte zorg bij specifieke aandoeningen

Voor 2019 willen we specifieke afspraken over waardegericht inkopen maken met instellingen die ambulante angst- en/of depressiezorg leveren in de SGGZ. De focus op de uitkomsten van zorg verloopt via verschillende wegen:

- Inzicht in uitkomsten stimuleert Menzis en zorgaanbieders te leren en te verbeteren en geeft inzichten in waar dit mogelijk is;
- Met transparante uitkomsten van zorg kunnen cliënten en verwijzers een zorgaanbieder kiezen op kwaliteit;
- Met transparante uitkomsten van zorg kan Menzis beter inkopen op kwaliteitskenmerken;
- Betere uitkomsten betekenen lagere kosten door minder recidive en meer effectieve behandelingen.

Bij de operationalisering van waardegericht inkopen sluit het inkooptraject 2019 voor angst- en depressiezorg aan bij de [Value Based Healthcare principes van Porter](#). Meer informatie over het inkooptraject Waardegericht en hoe u zich kunt aanmelden [vindt u op onze website](#).

Aangezien we het waardegericht inkopen als dé sleutel zien voor een toekomstbestendige gezondheidszorg voor onze klanten, wordt het aantal doelgroepen waarvoor we waardegericht zorg inkopen in de loop der jaren verder uitgebreid.

2.1.2 Beheersen van de kosten

We zetten ons in voor een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg tegen zo laag mogelijke kosten. Dit doen wij vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid de zorgkosten beheersbaar te houden en om voor onze klanten de premie zo laag mogelijk te maken. Onze klanten worden namelijk direct geraakt door de zorgkosten, de hoogte van de premie die daar sterk mee samenhangt en door het verplicht (en/of vrijwillig) eigen risico.

Kostenbeheersing is zodoende van direct belang voor iedereen. Zeker met de huidige ontwikkelingen, zoals de vergrijzing en nieuwe, vaak dure medische technologieën en geneesmiddelen, wordt de druk op de kosten alleen maar hoger. Dit maakt het des te belangrijker om te bekijken waar en hoe de zorg efficiënter of goedkoper kan, bijvoorbeeld door verplaatsing van zorg, innovaties, digitale zorg en zelfmanagement.

Kostenbeheersing vraagt ook om wederzijdse transparantie over kwaliteit en kosten. Waar mogelijk stellen we vergelijkingsinformatie beschikbaar aan u om inzicht te bieden in de door u geleverde prestaties, met als doel om gezamenlijk te komen tot een verdere verbetercyclus. Belemmeringen die het leveren van kwaliteit remmen, zoals financieringsschotten of volumeprikkels, pakken we samen met u aan.

2.2 Samen met en voor onze klanten

Binnen Menzis kennen we in het algemeen twee verschillende klantniveaus: klanten en cliënten. Dit onderscheid maakt direct duidelijk dat we een verantwoordelijkheid hebben richting zowel de zorgvragende klant (de cliënt alsook verzekerde) als de (op dat moment) niet-zorgvragende klant (de verzekerde), die beiden premiebetaler zijn. Dit staat nog los van onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om bij te dragen aan het beheersbaar houden van de almaar stijgende zorgkosten waar iedere Nederlander mee geconfronteerd wordt. We vullen onze maatschappelijke rol verder in door het stimuleren van leefkracht middels onder meer de [SamenGezond](#)-app en door samen met andere maatschappelijke partners het zorglandschap in onze kernwerkgebieden in te richten.

In onze afspraken staat het perspectief van onze klanten centraal: wat is de zorgbehoefte en hoe kunnen we de leefkracht versterken? Inspraak via de ledenraad, klantbijeenkomsten, online klantenpanels en samenwerking met cliëntenorganisaties zijn cruciaal om in te kunnen spelen op de wensen van klanten.

2.2.1 Aansluiten op de zorgbehoefte

Jarenlang was het geldende paradigma dat de zorg rondom de cliënt georganiseerd moet worden, maar dit paradigma is aan het verschuiven. We vinden het belangrijk dat een cliënt actief onderdeel is van de zorgketen en een belangrijke stem heeft in het vormgeven van de eigen behandeling. Niet alleen de keuzes en wensen van een cliënt zijn van belang om een behandeltraject te laten slagen, maar ook de rol van de cliënt in de behandeling. De cliënt is immers geen passief element die een behandeling ondergaat, maar kan zelfstandig een actieve bijdrage leveren aan het versterken van zijn/haar leefkracht als 'shared decision maker'. We verwachten dat zorgaanbieders cliënten tijdens de behandeling stimuleren en faciliteren om deze rol te pakken. In dit kader zijn we optimistisch over de inzet van R-ACT bij

de EPA-doelgroep, waarbij de autonomie van de cliënt actief wordt versterkt met de inzet van een door de cliënt zelfstandig samengestelde 'resource'-groep. Een actieve cliënt pakt daarmee zoveel mogelijk de regie over het eigen leven en is zo een centrale spil om de individuele gezondheid te verbeteren. Uiteindelijk is dat namelijk ook hetgeen waar wij als Menzis voor staan: het verbeteren van de leefkracht van de individuele verzekerde, door toegankelijke, samenhangende, doelmatige en kwalitatief goede zorg te verzekeren.

Cliëntgroepen

Wanneer we inzoomen op het klantniveau 'cliënten', is deze in te delen in diverse cliëntgroepen, die variëren in aard, intensiteit en duur van de zorgvraag. Deze groepen zijn te koppelen aan de (sub)segmenten binnen de GGZ (zie bijlage 2 voor een uitgebreide toelichting). Deze luiden als volgt:

- Huisartsenzorg en POH-GGZ
- Generalistische Basis GGZ
- Specialistische GGZ
 - Electieve SGGZ (Common Mental Disorders)
 - Acute SGGZ
 - Chronische SGGZ & langdurig verblijf (Ernstige Psychische Aandoeningen)
 - Hoogspecialistische GGZ

Een dergelijke ordening van cliënten helpt ons om ons bewust te zijn van de diversiteit in cliënten en in het verlengde daarvan de diversiteit aan cliëntbehoeften. Een cliënt binnen de GBGGZ verschilt immers van een cliënt in de SGGZ. Zo kan ook gesteld worden dat cliënten binnen de SGGZ van elkaar verschillen. Het is belangrijk om dit bewustzijn te hebben, aangezien de verschillende cliënten(groepen) een eigen zorgvraag/-behoefte hebben waarop ingespeeld dient te worden.

Ter illustratie: de ene cliënt wordt tweewekelijks ambulant behandeld in de GBGGZ en vindt het vooral belangrijk dat deze zorg dichtbij huis plaats vindt, terwijl een andere cliënt een multicomplexe SGGZ zorgvraag heeft die dusdanig urgent of complex is dat hij bereid is veel verder te reizen als hij daarmee minder wachttijd heeft.

Hierbij is het natuurlijk noodzakelijk om inzicht te hebben in wat de drijfveren van cliënten zijn. Uit recent onderzoek en gesprekken met onze klanten blijkt dat de volgende aspecten van zorg het meest belangrijk worden gevonden:

- Cliëntgerichtheid
- Ervaring met de aandoening
- Uitkomsten van zorg
- Wachtijd
- Vergoeding
- Afstand

Al deze elementen kennen hun borging in het concept van 'waardegericht zorg inkopen'. Ons streven is om de komende jaren per cliëntgroep de vertaalslag te maken van de specifieke zorgbehoefte en drijfveren naar concrete waardegerichte zorginkoopafspraken. In 2019 wordt hiermee een start gemaakt voor de electieve SGGZ op ambulante angst- en depressiezorg (zie 2.1).

Klinische zorg

Voor alle cliëntgroepen zien we ambulante zorg als de basis, waarbij de cliënt zoveel mogelijk in de eigen omgeving en in interactie met de sociale omgeving wordt behandeld. Een opname is immers zeer ingrijpend en disruptief. Herstellen doe je thuis. Pas wanneer aangetoond is dat ambulante behandeling tijdelijk niet passend is bij de zorgvraag van de cliënt, kan een zo kort mogelijke onderbreking van de ambulante behandeling worden ingezet door een klinische opname.

In dit kader hebben we een aantal aandachtsgebieden:

- Verblijf met rechtvaardigingsgrond

Per 1 januari 2018 is een nieuwe verblijfsprestatie in het leven geroepen: verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR). Het gaat hier om uitzonderlijke situaties waarbij het gerechtvaardigd is dat het verblijf voor een redelijke termijn wordt voortgezet ondanks dat dit verblijf niet meer "medisch noodzakelijk" is in verband met geneeskundige ggz. Het moet hier gaan om situaties waarbij ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvorzieningen.

Zorgaanbieder en zorgverzekeraar hebben wel geprobeerd de cliënt elders onder te brengen, maar zonder dat dit direct tot resultaat heeft geleid.

Menzis hanteert ten aanzien van deze verblijfsprestatie het volgende beleid:

- Deze vorm van klinisch verblijf wordt wel ingekocht, maar niet actief. Niet actief betekent in dit geval: we voeren hier geen onderhandelingen over en maken geen aparte budgetafspraken hiervoor.
- Voor aanbieders is de prestatie wel declarabel. Dit betekent dat alle aanbieders met klinische capaciteit de mogelijkheid hebben VMR te declareren.
- Wanneer uit de door u aangeleverde Uniforme Productieindicator blijkt dat er sprake is van VMR, gaat Menzis hierover met u en de bijbehorende gemeenten in gesprek om de VMR-periode zo kort mogelijk te houden en een snelle doorstroom te realiseren. Dit zullen we voornamelijk doen in onze kernwerkgebieden.

- High & Intensive Care (HIC)

HIC staat voor een kortdurende klinische opname. De inkoop vindt plaats voor de 'high care'-bedden. In het kader van het terugdringen van dwang en drang zijn we sterk voorstander van de totstandkoming van HIC-units.

- PAAZ&PUK-bedden

Binnen de PAAZ en PUK geldt dat:

- a. Bedden voor klanten 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 Medische Specialistische Zorg (DOT) gefinancierd.
- b. Bedden voor klanten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit waarbij de somatische problematiek de primaire indicatie voor verblijf vormt, vallen automatisch onder de Medische Specialistische Zorg-(DOT-)financieringssysteem. Ook de Consultatieve Psychiatrische zorg en de Medisch Psychologische zorg dienen voor die cliënten dan, conform de regelgeving, onderdeel te zijn van de MSZ (DOT-)financiering.

- LGGZ machtigingen

Menzis hanteert een machtigingenbeleid voor klanten 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 checklist Langdurige GGZ (LGGZ). Meer informatie over de procedure is te vinden op de [website van Menzis](#).

2.2.2 Vergroten van de leefkracht

We zijn er van overtuigd dat via preventie en gezonde gedragsverandering nog veel duurzame gezondheidswinst te behalen valt. We ondersteunen daarom klanten én niet-klanten daarin via het platform Menzis SamenGezond en de bijbehorende app. Zorgaanbieders nodigen we uit om met ons in gesprek te gaan over raakvlakken met initiatieven vanuit hun kant. Op die manier willen we samen een gezonde gedragsverandering realiseren en de leefkracht van mensen versterken. [Leefkracht](#) gaat over het vanuit eigen kracht de maximale kwaliteit van leven realiseren, zowel mentaal, sociaal als fysiek, ook al is dat met een beperking of in tijden van ziekte.

De digitalisering van de zorg zal binnen de GGZ-sector de komende jaren een verdere vlucht gaan nemen. Menzis is hier groot voorstander van en wil dan ook een actieve voortrekkersrol hierin vervullen, met behoud van het persoonlijk contact. Met de inzet van digitale zorg willen we een bijdrage leveren aan de leefkracht van onze klanten, zowel in het kader van een gezonde gedragsverandering, preventie alsook gedurende een behandeling. Voor de inzet van e-health in een (te declareren) behandeling moet er altijd sprake zijn van “blended-care”, namelijk dat naast het gebruik van e-health toepassingen er ook altijd sprake is van face-to-face contacten.

2.2.3 Focus op de regio

Om te zorgen voor waardegerichte zorg, is een regionale benadering noodzakelijk. De feitelijke zorgbehoefte van klanten kan immers per regio verschillen. Om de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag te realiseren en daarmee de zorg optimaal te organiseren is focus op de regio van belang.

Samenwerking

Om de zorg integraal met de cliënt te organiseren, is samenwerking en regie binnen de GGZ-keten, van huisarts tot derdelijns GGZ-aanbieders, noodzakelijk. Hiervoor zijn stevige, heldere horizontale en verticale samenwerkingsverbanden en –afspraken nodig tussen zorgaanbieders. Op deze manier kan op het juiste moment de juiste schakel in de keten ingezet worden voor het verlenen van de benodigde zorg aan de cliënt. Dit betekent dat met en tussen specifieke GGZ-partners formele ketenafspraken moeten worden gemaakt, bijvoorbeeld over op- en afschaling van zorg.

De GGZ is echter breder dan alleen de Zorgverzekeringswet en raakt aan vele aspecten van het leven en de samenleving. De samenhang met andere, aanpalende domeinen is zodoende essentieel voor het succes van de behandeling, herstel en het sturen op gepast gebruik. Het persoonlijk herstel van iemand hangt af van het behandelresultaat binnen de Zorgverzekeringswet, maar ook van bijdragen vanuit andere domeinen zoals de Jeugdwet, de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo), de somatische zorg, Justitie en het aanbod van woningen en werk. De afstemming tussen al deze domeinen is niet vanzelfsprekend terwijl de cliënt wel in al deze domeinen acteert. De zorg moet daarom rond en vooral mét de cliënt georganiseerd worden om de integraliteit te waarborgen. Verschillende domeinen kunnen en moeten dan ook hun bijdrage leveren aan betere geestelijke gezondheid en aan continuïteit van zorg. 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 cliënt. We zoeken in onze kernwerkgebieden actief de samenwerking om samen met cliënten, gemeenten en betrokken organisaties hier gezamenlijk in op te trekken. We stimuleren de ontplooiing van initiatieven op dit terrein (denk aan acute zorg, R-ACT, IPS, FACT, IHT, etc.).

We verwachten dat u ideeën en mogelijkheden hiervoor actief aan ons kenbaar maakt via uw (senior) zorginkoper / accountmanager.

Personen met verward gedrag

In onze kernwerkgebieden 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 scherp te krijgen welk deel daarvan lijdt aan een psychische aandoening. We hechten eraan dat de verantwoordelijkheid voor goede zorg bij de gehele regionale keten ligt: zowel signalering, melding, triage, uitvoering, doorzorg als financiering. We 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. Hierbij

verwachten we dat partijen handelen conform de "[Handreiking organisatie en financiering van de beoordelingsfunctie voor mensen met verward gedrag](#)".

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 ten minste voldoen aan de eisen zoals beschreven in de Nadere regel - Gespecialiseerde GGZ van de NZa.

Andere aanbieders dienen schriftelijke afspraken te maken met de zorgaanbieder die de regie heeft over deze regionale 24-uurs crisisdienst, 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. We verwachten van de zorgaanbieders die niet de regie hebben over de crisisdienst dat zij meewerken bij het opstellen van een regionaal plan van aanpak hierover, waarin zij bijdragen in de bemensing van deze crisisdienst. Deze aanbieders leunen immers ook op deze veiligheidsvoorziening, terwijl we eveneens constateren dat er een scheefgroei is ontstaan tussen de inzet tijdens en na kantoortijden. Vanuit Menzis zullen we als aanjager fungeren om ervoor zorg te dragen dat zorgaanbieders regionaal in (bilaterale) overeenkomsten afspraken maken over:

- o de bemensing van de regionale crisisdienst GGZ
- o inzet van personeel niet in loondienst (PNIL)
- o herregistratie van psychiaters
- o het zorg dragen voor een directe, wederkerige, tijdige en adequate overdracht van actuele- en dossierinformatie
- o het zorg dragen voor een directe opvolging van de crisiszorg met gepaste ambulante dan wel klinische zorg, zowel voor, tijdens, als na de crisissituatie (tenzij daar geen aanleiding voor is).
- o Inter-organisatorische afspraken met de crisisdienst GGZ

Menzis wil regionale initiatieven ter verbetering van de crisiszorg 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.

Vanaf 2019 zal de eerste 72 uur van de acute GGZ ingekocht worden via het representatiemodel. We zullen aanbieders hiervan op de hoogte stellen zodra de inkoopspecificaties bekend zijn.

Verwijzingen

Voor 2019 conformeren we ons aan het meest recente beleid omtrent verwijzingen, zoals vastgelegd in de ['Afspraken verwijzing Geestelijke Gezondheidszorg'](#).

Voor 2019 geldt dat, net als in 2018, in aanvulling op bovenstaande afspraken, naast de huisarts en behandelend medisch specialist, de volgende specialismen mogen verwijzen naar de GBGGZ of SGGZ:

- Arts Maatschappij en Gezondheid
- Specialist ouderengeneeskunde (alleen voor klanten met een CIZ-indicatie voor verblijf en behandeling en die daadwerkelijk verblijven op een plek voor verblijf en behandeling)
- Arts voor verstandelijk gehandicapten (alleen voor klanten met een CIZ-indicatie voor verblijf en behandeling en die daadwerkelijk verblijven op een plek voor verblijf en behandeling)

Diagnostiek

Binnen de SGGZ stellen we een maximum van 10% aan het aantal diagnostiek-DBC's dat geaccepteerd wordt. Uitzondering hierop zijn diagnostiek-DBC's in het kader van tertiaire verwijzingen en second opinions.

2.3 Samen met zorgaanbieders

Menzis wil over een langere periode samenwerkingsrelaties aangaan met zorgaanbieders. Samen kunnen we namelijk de waarde voor cliënten en klanten nog meer vergroten. Daarom werken we continu aan het verbeteren van onze dienstverlening aan zorgaanbieders, werken we steeds vaker aan de hand van horizontaal toezicht samen met zorgaanbieders en houden we ons contracteerproces zo eenvoudig mogelijk. We stimuleren en implementeren innovatieve (digitale) zorg.

2.3.1 Werken aan een meerjarenperspectief

Een meerjarenperspectief ontlast eenieder van jaarlijkse contracteerituelen en stelt ons in staat om gezamenlijk verdergaande afspraken te maken over kwaliteit van zorg, organisatie van zorg dichtbij, het implementeren van innovaties en kostenvermindering. Een meerjarenperspectief biedt enerzijds bestendinging en anderzijds het benodigde vertrouwen aan zorgaanbieders binnen de GGZ. Op deze manier willen we blijvende veranderingen in het zorgveld vormgeven. Beschikbaarheid van zorg, modernisering van het zorgveld en continue verbetering van kwaliteit en daarmee gepaard gaande kostenbeheersing zijn daar onderdeel van.

Binnen het werken aan een meerjarenperspectief staat voor 2019 een aantal zaken centraal:

- Het overeenkomen van waardegerichte meerjarencontracten en het samenwerken aan een kwaliteitsagenda
- Samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders
- Het werken aan horizontaal toezicht met GGZ-aanbieders
- Het verminderen van administratieve lasten
- Gezamenlijke landelijke doorontwikkeling van de GBGGZ door aansluiting bij de stichting KiBG
- Het gezamenlijk scherp zijn op kapitaalintensieve kosten

We hechten grote waarde aan goed contact en persoonlijke aandacht in de regio. Onze focus zal hierbij liggen op ons kernwerkgebied, zijnde de regio's waar we een substantieel marktaandeel hebben. Samen met zorgaanbieders en cliënten(organisaties) worden daar lokaal diverse activiteiten georganiseerd om de zorg te verbeteren. Om onze regionale aandacht te vergroten gaan we de samenwerking binnen de GGZ met diverse partijen intensiveren. Dit moet eveneens leiden tot een nog beter zicht op de zorgbehoefte en inrichting van het zorglandschap in de diverse regio's. Een focus op het kernwerkgebied impliceert direct een andere bedieningsstrategie ten aanzien van partijen buiten het kernwerkgebied. Met name ten aanzien van de inrichting en organisatie van het zorglandschap volgen we daar in principe het beleid van de grotere verzekeraar(s) in die regio's.

2.3.2 Implementeren van innovatie

Bij onze waardegerichte zorginkoop zoeken we voortdurend naar innovaties die de zorg efficiënter maken en bijdragen aan het realiseren van kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Hierbij kijken we altijd naar nieuwe technologieën, maar maken we ons ook sterk om samen met andere partijen tot innovatieve ideeën te komen. We verwachten dat u ideeën en mogelijkheden hiervoor actief aan ons kenbaar maakt via uw (senior) zorginkoper / accountmanager.

2.3.3 Vermindering van administratieve lasten

Om de beschikbare middelen zoveel mogelijk daadwerkelijk aan het verlenen van zorg te kunnen besteden, werken we ook in 2019 aan een verdere vermindering van de administratieve lasten. Hiertoe ontplooiën we een aantal initiatieven, zoals:

- het voor een selectie van instellingen vastleggen van contractuele afspraken via het Zorginkoopportaal van VECOZO
- het voornemen om groepspraktijken een overeenkomst aan te bieden
- het vereenvoudigen en waar mogelijk uniformeren van overeenkomsten
- het vereenvoudigen en waar mogelijk uniformeren van kwaliteitsuitvragen
- deelname aan de ZN-werkgroep “vermindering van administratieve lasten”

3. Contracteringsspecificaties

3.1. Inkoop Eisen

Voor alle zorgaanbieders die gecontracteerd willen worden om Geestelijke Gezondheidszorg te verlenen gelden uitsluitingsgronden en minimumeisen. Niet tijdig voldoen aan een van de voorwaarden betekent dat Menzis geen contract voor 2019 aangaat. In bijlagen 3 en 4 staan de uitsluitingsgronden en minimumeisen vermeld. In bijlage 5 wordt de wijze van toetsing omschreven.

3.2. Inkoopmethodiek

De inkoopmethodiek is als volgt:

Type Instelling	Type contractering	Duur overeenkomst	Wijze van contact	Zorginkoper
Instellingen met onderhandeling ²	Offerteformat	Eenjarig Meerjarig optioneel	E-mail, telefonisch en/of persoonlijk contact	Ja
Instellingen zonder onderhandeling	Digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO	Eenjarig	E-mail en telefonisch	Nee

² Of in de contractering sprake is van onderhandeling, bepaalt Menzis op basis van onder meer marktaandeel, omzet en aantallen klanten

Digitaal contracteerproces via VECOZO

Voor de inkoop 2019 is het voornemen om een selectie van instellingen digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO te contracteren. 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. Door gebruik te maken van het VECOZO Zorginkoopportaal streven we naar meer uniformiteit binnen de zorginkoop en administratieve lastenverlichting voor de betrokken zorgpartijen. Het biedt zorgaanbieders de mogelijkheid om het contracteerproces met verzekeraars eenduidig via één partij te laten verlopen. Voor 2019 is het digitale contracteerproces via VECOZO nieuw voor een selectie van de instellingen. We faciliteren deze zorgaanbieders in de toegang tot het Zorginkoopportaal van VECOZO en eventuele aanvraag van autorisaties. Actuele informatie over de overgang op VECOZO, leest u op [onze website](#).

Beleid inzake nieuwe zorgaanbieders

Zorgaanbieders die in 2018 geen overeenkomst met Menzis hebben en in aanmerking willen komen voor een overeenkomst 2019, dienen zich uiterlijk 1 juni 2018 aan te melden via het [online contactformulier](#) op onze website. Ook verzoeken we groepspraktijken die in 2018 geen groepscontract met ons hadden en we derhalve als nieuwe zorgaanbieder beschouwen, zich bij ons te melden. Nieuwe zorgaanbieders die zich na 1 juni 2018 melden komen niet meer in aanmerking voor een overeenkomst in 2019.

Nieuwe zorgaanbieders moeten - evenals bestaande aanbieders - verder voldoen aan de gestelde inkoop-eisen (uitsluitingsgronden en minimumeisen) zoals opgenomen in bijlagen 3 en 4. Voor de toetsing of de uitsluitingsgronden niet op een 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.

WTZ³ toelatingsbeschikking

Instellingen waarbij een medisch specialist (psychiater) namens de organisatie zorg verleent dienen te beschikken over een formele WTZ-toelating voor medisch specialistische zorg. Als de zorg wordt verleend door niet-medisch specialisten dan is de instelling van rechtswege toegelaten, zowel bij de GBGGZ als SGGZ. Het type zorgverlener is hierin bepalend. Binnen de categorie 'Behandeling van

³ Deze wordt wellicht (deels) vervangen door de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

gedragwetenschappelijke aard in verband met een psychiatrische aandoening' kan de zorg door zowel een klinisch psycholoog, GZ-psycholoog als door een psychotherapeut verleend worden. Zodra de zorg in de instelling wordt verleend door één of meerdere psychiaters dan heeft de instelling een formele WTZI-toelating nodig als 'Instelling voor medisch specialistische zorg'. Wordt de zorg door klinisch psychologen, GZ-psychologen en/of psychotherapeuten verleend, dan is de instelling van rechtswege toegelaten. Wanneer een van rechtswege toegelaten instelling behandelingen wil leveren waarbij volgens de GGZ-zorgstandaarden de inzet van een psychiater noodzakelijk is, moeten er concrete schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig zijn met de psychiater(s) die een rol in de behandeling vervullen.

3.3. Beleid inzake godsdienstige gezindheid, 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 klanten. Dit om vast te stellen dat de zorgaanbieder aandacht heeft voor het individu. De zorgaanbieder respecteert cliënten 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 cliënt 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 cliënt.

3.4. Financieel beleid

Onze beleidsspeerpunten worden vertaald in inkoopcriteria die de hoogte van het tarief en/of het budget bepalen. Voorts hanteren we voor 2019 opnieuw een eigen prijslijst. Zowel de inkoopcriteria als prijslijst worden aan het begin van de inkoopronde met u gedeeld via het offerteformat of de digitale vragenlijst.

Beheersen van kosten SGGZ en GBGGZ

We hanteren in ieder geval vier indicatoren waarover contractuele afspraken gemaakt worden:

1. Inkoopcriteria
2. Het maximaal uit te betalen uurtarief voor zowel GBGGZ als SGGZ afzonderlijk (normatief uurtarief)
3. De gemiddelde prijs per unieke cliënt
4. Het maximale budget (omzetplafond)

Hieronder worden de benoemde indicatoren nader inhoudelijk beschreven.

Inkoopcriteria

Inkoopcriteria zijn criteria die de hoogte van het tarief en/of het budget bepalen. Deze worden aan het begin van de inkoopronde met u gedeeld. Als uit controle of anderszins blijkt dat een zorgaanbieder niet voldoet aan de inkoopcriteria voor de GBGGZ en/of SGGZ (waaronder de voorwaarden voor de productieafspraken), wordt het tariefpercentage en budget met terugwerkende kracht opnieuw vastgesteld. Het herziene percentage zal dan bestaan uit het percentage dat ten tijde van de contractafspraken tot stand is gekomen minus het percentage dat als volgt is berekend: het aantal inkoopcriteria dat onjuist is ingevuld, vermenigvuldigd met 3%, met een minimum van 5%.

Het maximaal uit te betalen uurtarief voor zowel GBGGZ als SGGZ afzonderlijk (normatief uurtarief)

De DBC-systematiek is opgebouwd uit een systeem van tijdschrijven, waarbij de werkelijk bestede tijd in een vergoedingsrange valt. Vanuit onze verantwoordelijkheid om doelmatige zorg in te kopen, hanteren we voor zowel de GBGGZ als SGGZ afzonderlijk maximale gemiddelde uurtarieven, het normatief uurtarief. De grondslag van het normatief uurtarief is vastgesteld op basis van landelijke verantwoordingsdata en wordt ieder jaar geïndexeerd. Het normatief uurtarief wordt vervolgens voor elke zorgaanbieder afzonderlijk vastgesteld door het basis normatief uurtarief te vermenigvuldigen met het afgesproken tariefpercentage. Deze uurtarieven zijn op het moment van schrijven nog niet bekend en zullen in de overeenkomst 2019 worden opgenomen.

De berekening van het gerealiseerde 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 cliëntgebonden tijd). Het gemiddelde uurtarief van een zorgaanbieder wordt vervolgens afgezet tegen het afgesproken normatief uurtarief. Wanneer blijkt dat de zorgaanbieder op een hoger uurtarief uitkomt, dan hebben we het recht om het teveel gedeclareerde te verrekenen of terug te vorderen; ook als de zorgaanbieder binnen zijn maximumbudget blijft.

De gemiddelde prijs per unieke cliënt

We maken afspraken over de gemiddelde prijs per unieke cliënt voor zowel de SGGZ en de GBGGZ afzonderlijk.

Het maximale budget (omzetplafond)

Een instelling kan twee budgetten hebben: één voor de GBGGZ en één voor de SGGZ. Als er meer aan GBGGZ wordt gerealiseerd dan afgesproken, is substitutie mogelijk indien daar ruimte voor is. Andersom is dit niet het geval.

Kosten van zorg verleend aan klanten met een Menzis Basis Vrij polis, die gedeclareerd worden nadat het omzetplafond is bereikt, zullen niet worden meegenomen in het omzetplafond. Dit betekent dat wanneer de zorgaanbieder het omzetplafond heeft bereikt, de zorg aan klanten met een Menzis Basis Vrij polis nog steeds wordt vergoed. 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/of GBGGZ-producten (en de bijbehorende schadelast). Klanten met een Menzis Basis Vrij polis tellen wél mee voor de vulling van het omzetplafond, voordat deze bereikt is.

Voor alle overige afspraken die worden meegenomen in de eindafrekening tellen alle klanten met een Menzis Basis Vrij polis mee, ongeacht of zij nu voor of na het bereiken van het omzetplafond in zorg zijn gekomen.

Vanaf 2018 geven we de betaling van goedgekeurde declaraties boven het afgesproken budget anders vorm.

Vóór 2018 werden alle goedgekeurde declaraties uitbetaald, zelfs wanneer dit een declaratie betrof die boven het gecontracteerde omzetplafond uitkwam. Hierdoor ontstonden financiële posities die op een later moment met elkaar moesten worden verrekend. Dit leidde tot het onnodig heen en weer schuiven van geld en ongewenst veel werk voor beide partijen. Daarom verrekenen we vanaf 2018

overschrijdingen van het omzetplafond direct op het moment dat deze ontstaan en worden enkel nog declaraties uitbetaald tot de grens van het omzetplafond. U bent hierover in januari 2018 al uitgebreider geïnformeerd.

Financiële eindafrekening

Uiteindelijk hanteren we een eindafrekening. Optioneel kan Menzis ervoor kiezen om een voorlopige eindafrekening te hanteren. Het tijdspad tussen de (optionele) voorlopige eindafrekening en de definitieve eindafrekening hangt af van het moment waarop de formele en materiële controles kunnen worden gestart en afgerond. Met de uitkomsten van de formele en materiële controle wordt uw realisatie gecorrigeerd. Deze gecorrigeerde realisatie wordt gebruikt om op de hierboven beschreven indicatoren (op volgorde waarin deze opgesomd staan) definitief af te rekenen.

Beheersen van kosten LGGZ

Onderdeel van de overeenkomst 2019 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 (hiervoor geldt dus geen Menzis-prijslijst) in geval van een afgegeven toestemming, wordt aangesloten bij het tariefpercentage voor de SGGZ. Pas bij een afgegeven machtiging maakt de zorgaanbieder aanspraak op een vergoeding voor de betreffende verzekerde. De LGGZ valt buiten de budgetafspraken zoals overeen wordt gekomen in de reguliere overeenkomst 2019.

4 Procedures zorginkoop

4.1 Planning

Om klanten voldoende tijd te geven voor de keuze van een zorgverzekeraar, maakt Menzis op 12 november 2018 bekend met welke zorgaanbieders een contract is gesloten voor 2019. Deze datum is het uitgangspunt voor de planning in de voorbereiding van het maken van contractafspraken met zorgaanbieders voor 2019.

We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2018 af te ronden. Vanaf 12 november 2018 kunnen onze klanten via onze [website](#) zien met welke zorgaanbieders we contractafspraken hebben gemaakt. Het tijdspad van de beleidsontwikkeling en contractering 2019 ziet er als volgt uit:

<i>Datum</i>	
Januari – maart 2018	Consultatie zorgaanbieders en cliëntverenigingen
29 maart 2018	Publicatie inkoopbeleid 2019
Mei 2018	Publicatie inkoopdocument 'waardegericht inkopen angst en depressie'
1 juni 2018	Deadline aanmelding nieuwe zorgaanbieders
2 t/m 13 juli 2018	Start contractering voor instellingen door toezending offerteformat/conceptovereenkomst of openstelling van de vragenlijst in VECOZO
10 augustus 2018	Deadline aanbieders reactie op toegezonden offerteformat/overeenkomst
19 oktober 2018	Sluitingsdatum van de vragenlijst in VECOZO
1 november 2018	Deadline ondertekenen overeenkomst of accepteren overeenkomst in VECOZO
12 november 2018	Publicatie gecontracteerd 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 we dit tijdig bekend op onze website met onderliggende motivering.

4.2. Bereikbaarheid

Menzis streeft ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders te ontsluiten via onze website www.menzis.nl/zorgaanbieders. Actuele informatie en veelgestelde vragen over het beleid, de contractering, 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](#) op de website. Onze reactie termijn is maximaal 5 werkdagen.
- via het e-mailadres: zorgaanbiederservice@menzis.nl (vermeld altijd uw AGB-code)
- het telefoonnummer 088 222 40 00. We zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur. Wilt u de AGB-code van de instelling of praktijk of van u als zorgverlener bij de hand houden?

5 Consultaties

Menzis heeft koepelorganisaties, zorgaanbieders, categorale cliëntenorganisaties en de ledenraad betrokken bij het opstellen van het inkoopbeleid voor 2019.

5.1 Specifieke cliëntenorganisaties

In onze contractafspraken staat het perspectief van onze klanten centraal. Dat gaat om het behandelen van aandoeningen, om het versterken van gezondheid en om preventie. Inspraak van hen door de ledenraad, inbreng via klantenpanels en samenwerking met cliënten- en consumentenorganisaties is cruciaal om in te kunnen spelen en te anticiperen op hun vragen en wensen. Daarom voert Menzis voor het domein GGZ overleggen met cliëntenorganisaties met betrekking tot de ontwikkeling van het inkoopbeleid GGZ 2019.

5.2 Zorgaanbieders

Menzis streeft in het belang van haar klanten naar waardegerichte contractafspraken met zorgaanbieders en een integrale zorgketen. Gesprekken en afspraken met zorgaanbieders zijn cruciaal om dit samen met het veld te bereiken in ons gezamenlijk belang: kwalitatief goede en betaalbare zorg voor de verzekerde. Bij de totstandkoming van het inkoopbeleid 2019 heeft Menzis daarom input verzameld en ideeën getoetst in gesprekken met diverse veldpartijen, zoals de beroepsvereniging het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), alsmede de brancheorganisaties GGZ Nederland en de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP)

Bijlagen

1 Zorgprogrammatisch werken (ZPW)

Van gecontracteerde zorgaanbieders wordt verwacht dat zij behandelen vanuit een gestructureerde zorgprogrammatische aanpak. Transparantie over inzet (middelen) en uitkomsten (effecten/kosten) is onlosmakelijk verbonden met het inzicht krijgen in de zwaarte van de zorgvraag. Menzis hecht veel belang aan het zorgprogrammatisch werken door de zorgaanbieders. Zorgprogrammatisch werken staat voor een methodische aanpak, naar in werkprocessen vertaalde zorgpaden en zorgprogramma's met de klantvraag/behoefte als uitgangspunt. Deze zorgprogrammatische aanpak dient gebaseerd te zijn op de zorgstandaarden voor de GGZ, multidisciplinaire richtlijnen GGZ en/of beroepsgroepsrichtlijnen;

- die aantoonbaar (modulair) zijn ingericht naar zorgvraagzwaarte (waaronder ook triage GBGGZ / SGGZ);
- die de voortgang van de behandeling aantoonbaar via ROM-metingen monitoren.

Menzis verwacht van zorgaanbieders dat zij voor minimaal 50% van de behandelingen die zij bieden de zorgpaden die beschikbaar zijn voor de behandeling zijn beschreven. In de beschreven zorgpaden zijn tijdsduur, intensiteit, eindigheid/uitstroom en evaluatiemomenten/schakelmomenten vastgelegd.

Daarnaast wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij duidelijk geformuleerde criteria hebben opgesteld op basis waarvan een cliënt een zorgtraject krijgt voorgesteld. Bij cliënten in behandeling dienen deze criteria bepalend te zijn voor het te starten een zorgtraject en het opstellen van een behandelplan.

Daarnaast verwachten wij dat gecontracteerde zorgaanbieders toetsen of de beschreven zorgpaden ook daadwerkelijk binnen de organisatie worden ingezet en of de effectiviteit van de zorgpaden ook voldoen aan de vooraf gestelde verwachtingen. Periodiek dienen de behandelingen volgens zorgpaden gemeten en geanalyseerd te worden, dit om verbetervoorstellen te kunnen formuleren en aanpassingen door te kunnen voeren. De essentie is om te komen tot een kwaliteitsverbeteringscyclus (Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus) van de te leveren zorg door de zorgaanbieder.

Voorbeelden van zaken die terug kunnen komen in een dergelijke PDCA cyclus zijn:

- Percentage cliënten behandeld conform zorgprogrammatisch werken van totaal aantal behandelde cliënten.

- Percentage van de ingestroomde cliënten waarvoor een geobjectiveerde triage/ beslisboom wordt doorlopen.
- Percentage cliënten die conform het afgesproken traject in tijd in goed overleg de behandeling afsluiten.
- Percentage van behandelingen waarbij structureel tussenmetingen van ROM worden afgenomen, die bij de evaluatiemomenten worden besproken met de cliënt in relatie tot het effect van de behandeling.
- Percentage van de behandelingen waarbij het geïndiceerde zorgpad succesvol is doorlopen en de behandeling is afgesloten.

Van aanbieders wordt verwacht dat zij de bevindingen die vanuit de PDCA cyclus naar voren zijn gekomen en de hieruit voortgekomen verbetervoorstellen kunnen overleggen. Vanuit de verbetervoorstellen moet af te leiden zijn wat de verwachte effectiviteitsverbetering is ten opzichte van de voorgaande situatie. Minimaal één keer per jaar zal een PDCA cyclus moeten worden doorlopen.

2 Geestelijke gezondheidszorg (sub)segmenten

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) richt zich op mensen met psychische problemen. Hieronder worden zowel psychische klachten als psychische stoornissen verstaan.

Binnen de GGZ maken we onderscheid in 3 segmenten:

1. Huisartsenzorg en POH-GGZ

Binnen de huisartsenzorg GGZ bevinden zich grofweg 2 type cliënten:

- Cliënten met psychische klachten
- Cliënten met een chronische, psychische stoornis die dusdanig medisch gestabiliseerd is dat verdere terugvalpreventie, onderhoudsbehandeling en/of medicatiebewaking in dit segment plaats kan vinden

De huisarts kan waar nodig de hulp inschakelen van de praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ). We verwachten daarom dat iedere huisarts verbonden is aan een POH-GGZ die de huisarts kan raadplegen.

De huisarts vervult de rol van poortwachter, een rol waar Menzis grote waarde aan hecht. Wanneer er sprake is van (het vermoeden van) een erkende GGZ-stoornis vallend onder de Zorgverzekeringswet (Zw), verwijst de huisarts door naar de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) of Specialistische GGZ (SGGZ).

2. Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)

Behandeling van lichte tot matige psychische stoornissen, met doorgaans enkelvoudige problematiek, vindt plaats in de GBGGZ. De instroom vindt plaats na opschaling vanuit de huisartsenzorg GGZ óf na afschaling vanuit de SGGZ.

Binnen de GBGGZ wordt onder andere zorg geleverd in het verlengde van wat de huisartsenzorg GGZ heeft gedaan. De zorg die vanuit de GBGGZ wordt geboden, dient dan ook aan te sluiten bij de zorg vanuit de huisartsenzorg GGZ en vice versa. We verwachten hierbij dan

ook een intensieve samenwerking tussen de huisarts en de GBGGZ, waarbij goede afstemming en een integrale aanpak van de behandeling zeer wenselijk zijn vanuit de ketenzorg-gedachte. De GBGGZ moet eveneens fysiek gezien een verlengstuk zijn van de huisarts: de zorg moet voor de cliënt zo dicht mogelijk bij huis beschikbaar zijn.

Verder achten we de uitstroom van gestabiliseerde, chronische cliënten vanuit de SGGZ naar de huisartsenzorg GGZ óf de GBGGZ zeer belangrijk, aangezien hiermee de druk op wachttijden, regiebehandelaren en zorgkosten in de SGGZ wordt verminderd.

3. Specialistische GGZ (SGGZ)

Cliënten met ernstigere psychische stoornissen worden in de SGGZ behandeld. Daarbij is sprake van een hoog risico en/of hoge complexiteit van de zorgvraag.

Binnen de SGGZ onderscheiden we een viertal subsegmenten:

- Electieve SGGZ (Common Mental Disorders)
- Acute SGGZ
- Chronische SGGZ & langdurig verblijf (Ernstige Psychische Aandoeningen)
- Hoogspecialistische SGGZ

Een cliënt kan direct vanuit de huisartsenzorg GGZ naar de SGGZ worden verwezen of instromen als behandeling in de GBGGZ onvoldoende effectief is gebleken. Menzis onderschrijft hierin het principe van 'matched care'.

De vier subsegmenten kennen de volgende omschrijving:

Specialistische GGZ – electieve SGGZ (CMD⁴)

Cliënten binnen deze groep hebben met elkaar gemeen dat ze te maken hebben met gangbare, veelvoorkomende problematiek. Denk hierbij bijvoorbeeld aan angst en depressie. Er is sprake van ernstigere problematiek, waarbij de complexiteit ervan over het algemeen niet hoog is. Wel kan er sprake zijn van een hoog risico, voor de cliënt en/of de omgeving. Er is geen sprake van psychotische symptomen, wanen en/of hallucinaties. De cliënt kent een curatieve zorgbehoefte, waarbij de behandeling zodoende gericht is op genezing.

Chronische SGGZ, incl. LGGZ (EPA⁵)

Cliënten vallen binnen deze categorie wanneer:

- er sprake is van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis;
- en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

Hoogspecialistische SGGZ⁶

Cliënten binnen deze groep hebben vaak complexe problematiek, zoals blijkt uit:

- een hoge mate van ernst en/of comorbiditeit en/of complicaties zoals wordt vastgesteld in de eerste of tweede lijn, en/of
- onvoldoende respons op gespecialiseerde behandeling in de tweede lijn
- zeldzame (combinaties van) aandoeningen waarvoor de richtlijnen nog geen soelaas bieden en/of
- problemen die complexe interventies of kennis vereisen

⁴ CMD: Common Mental Disorders

⁵ Definitie uit: Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland; ph. delespaul en de consensusgroep epa (2013)

⁶ Definitie uit: Advies Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg; Gezondheidsraad (2014)

Acute SGGZ⁷

Een cliënt binnen deze groep wanneer er sprake is van:

Een acute situatie van een cliënt die direct ingrijpen (medisch) noodzakelijk maakt teneinde direct gevaar voor de persoon of omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder, een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening.

⁷ Definitie uit: *Acute geestelijke gezondheidszorg, knelpunten en verbetervoorstellen in de keten; SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015)*

3 Uitsluitingsgronden

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 sluit tevens een zorgaanbieder uit 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 fout⁸ heeft begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken;
- c. 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;
- d. 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.
- e. 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;
- f. de zorgaanbieder voorkomt op de lijst van de Global Compact Principles van de Verenigde Naties.

⁸De 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 dwang om 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.

Menzis betreft bij de toepassing van I uitsluitend rechterlijke uitspraken die in de 4 jaar voorafgaand aan tijdstip van het verzoek om een overeenkomst onherroepelijk zijn geworden en bij de toepassing van IV onderdeel b, uitsluitend ernstige fouten die zich in de 4 jaar voorafgaand aan het genoemde tijdstip hebben voorgedaan.

4 Minimumeisen

Minimumeisen zijn eisen waaraan de zorgaanbieder op het moment van het bevestigen van de digitale vragenlijst (tenzij anders aangegeven) moet voldoen én gedurende de duur van de overeenkomst aan moet (blijven) voldoen.

1. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland. Een nieuwe zorgaanbieder (een zorgaanbieder die in 2018 geen overeenkomst met Menzis had) dient een kopie van de inschrijving die niet ouder is dan 1 januari 2018 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 WTZ⁹.
3. De zorgaanbieder beschikt op basis van en naar voorbeeld van het model-Kwaliteitsstatuut, over een getoetst en geaccordeerd inzichtelijk Kwaliteitsstatuut (sectie III) dat is ingediend en geregistreerd bij het Zorginstituut Nederland. Voor groepspraktijken met een AGB-code startend met 94 of 03 geldt dat iedere zorgverlener afzonderlijk over een getoetst en geaccordeerd Kwaliteitsstatuut (sectie II) beschikt dat is ingediend en geregistreerd bij het Zorginstituut Nederland. In alle gevallen geldt dat de zorgaanbieder dient te handelen naar het geregistreerde Kwaliteitsstatuut.
4. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg 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/of beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van een bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2019 afgesloten.
7. De zorgaanbieder heeft een ambulante zorgaanbod.
8. De zorgaanbieder is aangemeld bij het SBG voor het aanleveren van ROM-metingen.
9. De instelling levert enkel diagnostische DBC's die zijn gericht op een behandeling door de instelling zelf. Uitgezonderd hiervan zijn DBC's voor een second opinion die niet onder onderlinge dienstverlening vallen.

⁹ Deze wordt wellicht (deels) vervangen door de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

5 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 o.a. 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.

De Coöperatie Menzis U.A. (Menzis) omvat onder andere de zorgverzekeraars Menzis en Anderzorg en het Menzis Zorgkantoor in de kernwerkgebieden 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.

Zorginkoopbeleid Menzis 2019

Datum	30 juni 2018
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.