



# Zorginkoopbeleid GGZ-instellingen 2020

Publicatiedatum 1 juli 2019

me

# Inleiding

Hierbij presenteren we u het Menzis Zorginkoopbeleid Geestelijke Gezondheidszorg 2020 voor instellingen. Dit beleid vormt de basis voor de contractering van instellingen voor het jaar 2020.

Het inkoopbeleid 2020 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.

# 1. Visie op de zorg

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

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



Betere kwaliteit zorg  
(ervaren van klant)



Gezondere klanten



Lagere kosten voor toegankelijke  
en betaalbare zorg

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

het zorgproces. Dit alles is bijna alleen te realiseren als we een langetermijnperspectief hebben, of het nou gaat om preventie-afspraken, om het verbeteren van een zorgpad of het bespreken van het profiel van de aanbieder. Beheersing van kosten is en blijft een hoofdtaak van een zorgverzekeraar. De zorg moet voor iedereen toegankelijk blijven.

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



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

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

- Joris van Eijck  
directeur Zorg Menzis



## 2. Visie op GGZ

Aansluitend op de Menzis-visie op zorg bouwen we ook in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) aan waardegerichte zorg. We gaan hierbij uit van de leefkracht van mensen en werken van daaruit aan het versterken van de eigen regie. Iedereen is regisseur om de eigen individuele gezondheid te verbeteren. Wanneer iemand zorg nodig heeft, zetten we zijn of haar behoefte centraal. Hierbij onderkennen we dat de GGZ verschillende doelgroepen kent, elk met eigen behoeften.

Via een gericht doelgroepenbeleid spelen we hierop in. In onze vijf regio's pakken we een actieve rol om het GGZ-landschap zodanig in te richten dat onze klanten goed bediend worden. Dit doen we samen met onze partners daar. Door een gezamenlijke langetermijnvisie centraal te stellen, met bijbehorende meerjarige afspraken, hebben we de tijd en gezamenlijke kracht om daadwerkelijk veranderingen en innovaties door te voeren. De ontwikkeling van digitale zorg biedt bijvoorbeeld grote mogelijkheden.

## 3. Speerpunten voor 2020

### 3.1 Waardegerichte zorginkoop

In 2019 zijn we met een groep zorgaanbieders gestart met het waardegerichte inkooptraject Angst en Depressie. Dit driejarige traject loopt door tot en met 2021. In deze jaren werken we samen met de betrokken zorgaanbieders aan het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hierbij is de zorgbehoefte van onze klant het vertrekpunt. Zorgprofessionals hebben in het traject een actieve rol, waarbij de start met continue verbetercycli zorgt voor een grotere waarde van zorg voor onze klanten. Juist doordat professionals ervaringen met elkaar uitwisselen, ontstaat inspiratie hoe de waarde van zorg kan worden vergroot. Daar doen we het voor.

Aangezien we het waardegericht inkopen als dé sleutel zien voor toekomstbestendige gezondheidszorg voor onze klanten, willen we het aantal doelgroepen waarvoor we waardegericht inkopen uit gaan breiden in de loop der jaren. We roepen u als zorgaanbieder op om ideeën en mogelijkheden hiervoor actief met ons te delen.

Naast het centraal stellen van de voor klant relevante uitkomsten, hebben we ook aandacht voor proces- en structuurindicatoren. Deze zijn immers medebepalend voor de uitkomst. Zodoende blijven we met aanbieders afspraken maken over zorgprogrammatisch werken (zie bijlage 3).

### 3.2 Doelgroepenbeleid

Binnen de GGZ kennen we diverse doelgroepen die variëren in aard, intensiteit en duur van de zorgvraag. Deze doelgroepen zijn te koppelen aan de (sub)segmenten binnen de GGZ:

- Huisartsenzorg en POH-GGZ (praktijkondersteuner huisarts)
- Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)
- Specialistische GGZ (SGGZ)
  - Electieve SGGZ (Common Mental Disorders)
  - Acute SGGZ
  - Chronische SGGZ en langdurig verblijf (Ernstig Psychiatrische Aandoeningen, EPA)
  - 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. Maar ook binnen de SGGZ verschillen cliënten van elkaar. Dit

bewustzijn is belangrijk om te kunnen inspelen op de zorgvraag en zorgbehoefte van elke cliëntengroep.

Vanuit Menzis zijn we volop bezig om al deze doelgroepen te bedienen. Ter illustratie enkele voorbeelden:

- De diagnose depressie is door Menzis aangemerkt als een van de 5 diagnoses waarvoor we in 2022 een reductie van het aantal diagnoses willen bewerkstelligen.
- Via aansluiting bij de Stichting 'Kwaliteit in de Basis GGZ' werken we middels het keurmerk gezamenlijk met alle veldpartijen aan het landelijk doorontwikkelen van de kwaliteit in de GBGGZ.
- Voor de electieve SGGZ is gestart met het waardegericht inkooptraject Angst en Depressie.
- Voor de acute GGZ wordt op landelijk niveau gewerkt aan een meer passende manier van het inkopen van deze zorg, waarbij de focus ligt op het voldoen aan minimale kwaliteitsnormen die van de regionale crisiszorg verwacht mag worden (representatie vanaf 2020).
- Voor de hoogspecialistische GGZ zetten we sterk in op een reductie van wachttijden, onder meer door participatie in de 'Regionale Taskforces'.

### *Voor 2020 willen we onze focus nadrukkelijker leggen op de EPA-doelgroep*

Cliënten vallen hierbinnen 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 de psychiatrische stoornis;
- en niet van voorbijgaande aard is (dus structureel of langdurig);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

De EPA-doelgroep heeft een zorgbehoefte op meerdere levensgebieden. Een aantal aspecten komen hierin terug, zoals behandeling, begeleiding, schuldhulpverlening, woningaanbod, werkvoorziening en zingeving.

Een groot deel van de zorg aan de EPA-doelgroep vindt plaats in **FACT-teams**. In een FACT-team werken verschillende hulpverleners samen, waarbij het team vaak bestaat uit een psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, IPS Trajectbegeleider, (sociaal psychiatrisch) verpleegkundige, casemanager en ervaringsdeskundige.

Daarnaast is in het team **verslavings- en rehabilitatiedeskundigheid** aanwezig, dat wil zeggen kennis over middelengebruik en behandeling hiervoor en over rehabilitatiemethodieken die meehelpen aan het door de cliënt weer opnemen van rollen in de maatschappij.

Op dit moment wordt de geleverde zorg vanuit FACT-teams veelal onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierd, terwijl dit formeel gezien voor een deel niet ten laste van de Zvw zou mogen worden gebracht. Daarnaast zien we dat sociale wijkteams (vanuit gemeenten) en FACT-teams nogal eens dezelfde doelgroep bedienen, maar nog onvoldoende de samenwerking opzoeken.

De zorgvraag van de EPA-doelgroep maakt duidelijk dat een goede bediening niet alleen kan plaatsvinden vanuit de Zvw. Er bestaat een duidelijke afhankelijkheid van de zorgsoorten eerste lijn en medisch specialistische zorg en van financiering via de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet publieke gezondheid. Hetzelfde geldt ook voor de beschikbaarheid van woningen en werk en voor de samenhang met gemeente en justitie. **Nauwere afstemming, samenwerking én afbakening** van verantwoordelijkheden tussen alle betrokken partijen moet zorgen voor een aansluitende zorgketen en daarmee dus voor integrale zorgverlening aan de klant. Alleen op die manier kunnen we het bevorderen van herstel écht goed realiseren.

Binnen onze vijf regio's zullen we een actieve rol pakken om de zorg voor deze doelgroep te verbeteren. Met alle betrokken partijen willen we werken aan duidelijke samenwerkings- en financieringsafspraken. Dit moet ertoe leiden dat eenieder zijn verantwoordelijkheden neemt in het garanderen van integrale zorg voor onze klanten.



### 3.3 Krachtig in de regio



Om voor onze verzekerden het verschil te kunnen maken, leggen we onze focus op onze vijf regio's. We pakken hier een actieve rol om het zorglandschap gezamenlijk in te richten, partijen bijeen te brengen en zorgvernieuwing tot stand te brengen. We maken met regionale partners in de regio langetermijnplannen voor de toekomst van het zorglandschap in de regio. Met de grote instellingen maken we op inhoud meerjarenafspraken die in lijn zijn met deze langetermijnplannen en die ruimte bieden voor verandering. Om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen, zoeken we samen met het veld naar oplossingen om de wachttijden te verminderen.

Buiten deze regio's vervullen we een andere rol. Hier kopen we voornamelijk voldoende zorg in, waarbij we de toegankelijkheid van zorg goed in het oog houden. Buiten de eigen regio's zijn we meer volgend (in de plannen van aanbieders en marktleidende verzekeraars) dan proactief. Dit maakt dat we goede initiatieven vooral aanjagen en faciliteren binnen onze eigen regio's. Succesvolle initiatieven kunnen we daarna landelijk opschalen.

### 3.4 Digitale zorg



Binnen de GGZ willen we een visie en strategie neerzetten op zorginnovatie en digitale zorg. De noodzaak tot verandering is groot, mede gedreven door grote technologische ontwikkelingen die gaande zijn. We willen als Menzis toewerken naar de rol van vernieuwer en innovatie uitdragen. Hierbij pakken we een proactieve rol in het grootmaken van succesvol gebleken 'proof of concepts'. Zo veranderen we actief het zorglandschap. We verbeteren de toegang tot zorg voor onze klanten, door het dichterbij brengen van de zorg en zorg op afstand beschikbaar te stellen.

We willen vanuit Menzis dat innovatie in het bloed komt te zitten. We staan open voor nieuwe ideeën en worden enthousiast van innovaties. Samen met patiënten en zorgaanbieders werken we aan de digitale transformatie in de zorg. Digitalisering van de zorg is niet langer iets vrijblijvends, maar wordt een uitgangspunt.

Een viertal grote onderwerpen bieden binnen de GGZ kansen om met digitalisering van de zorg en innovaties aan de slag te gaan:

1. Datagedreven gezondheidszorg
2. Shared Decision Making
3. Zelfmanagement
4. Zorg op afstand

We gaan graag over deze onderwerpen met u in gesprek. We vernemen uiteraard ook graag actief van u ideeën en mogelijkheden om door middel van innovaties en/of digitale zorg de GGZ te verbeteren.

### 3.5 Wachttijden

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 dit in de nabije toekomst 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.

## 3.6 Psychiatrie in het ziekenhuis

### *Achtergrond*

In het algemeen of academisch ziekenhuis kunnen patiënten, naast hun somatische aandoening, ook behandeld worden voor psychische en/of psychiatrische problematiek. Hiervoor zijn er afdelingen medische psychologie en psychiatrie.

Naar de afdeling psychiatrie kan verwezen worden door alle reguliere verwijzers die naar de GGZ mogen verwijzen, bijvoorbeeld de huisarts, medisch specialist en/of arts maatschappij en gezondheid. De psychiatrisch universitaire kliniek (PUK) krijgt vaak verwijzingen vanuit de reguliere

GGZ voor derdelijnszorg en zorgt ervoor dat als een cliënt gestabiliseerd is, deze weer terug kan naar de reguliere GGZ. Behandelingen en opnames zijn daarmee altijd van tijdelijke aard.

Elke PUK en PAAZ (psychiatrische afdeling academisch ziekenhuis) zou tenminste moeten bestaan uit een tak consultatieve psychiatrie en een medisch psychiatrische unit (MPU). Waar dat niet het geval is, moet er een gedegen plan zijn om dit op te richten. Daarnaast vinden we het belangrijk dat in elke regio een PUK en/of PAAZ met psychiatrische polikliniek en dagbehandeling is. In de Menzis-regio's sturen we hier actief op.

Van alle diagnoses die in de SGGZ behandeld dienen te worden, moet een beperkt deel altijd door de PAAZ behandeld worden en zou een groot deel er behandeld *kunnen* worden. Of deze laatste groep daadwerkelijk in het ziekenhuis behandeld (en ingekocht) wordt, is afhankelijk van de samenhang met de somatische aandoening, het regionale aanbod van reguliere GGZ voor de aandoening en de doelmatigheid van de geboden behandelingen.

Onderstaande aandoeningen/diagnoses moeten altijd door de PAAZ/PUK behandeld worden:

- Neurocognitieve stoornissen, met name delirium.
- Preoperatieve screening bij electroconvulsietherapie (ECT). Afhankelijk van somatisch risico kan dit ook bij gespecialiseerde GGZ-instellingen.
- Neurobiologisch onderzoek, met name bij een eerste ontregeling.
- Somatische consequenties van psychofarmaca.

Wat betreft somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen volgen wij de bepalingen van het [Zorginstituut](#) waarin gesteld wordt dat de 'psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden' niet als hoofddiagnose binnen de GGZ behandeld kan worden. Wat betreft de overige somatische-symptoomstoornissen en verwante stoornissen zal de komende maanden nog nader beleid ontwikkeld worden.

De PUK en PAAZ kan daarnaast een rol spelen in de acute GGZ-keten. Hierbij geldt dat er in het regioplan voor acute psychiatrie beschreven moet staan hoe en op welk moment de PUK en PAAZ deze zorg levert.

### ***Bekostiging***

- Bij de bekostiging van de medische psychologie en psychiatrie is het belangrijk om te bekijken wat de voorliggende diagnose is. Daar waar de psychiatrische diagnose de primaire indicatie betreft, wordt de zorg gefinancierd vanuit de GGZ. Eventuele medebehandeling

vanuit somatische specialismen wordt dan, conform de regelgeving, vanuit de medische specialistische zorg (DBC-zorgproduct) gefinancierd.

- Daar waar de somatische diagnose de primaire indicatie betreft, wordt de zorg automatisch via de financieringssystematiek van de medische specialistische zorg gefinancierd (DBC-zorgproduct). Ook de consultatieve psychiatrische dienst en de medisch psychologische zorg moeten voor die cliënten dan onderdeel zijn van de DOT-financiering.

Bekostiging van MPU, polikliniek en dagbehandeling kan dus op basis van een combinatie van GGZ-DBC's, GGZ-verblijfsprestaties en de MSZ-DBC's, afhankelijk van de primaire diagnose van de patiënten. De bekostiging van de consultatieve psychiatrie gebeurt echter altijd op basis van de MSZ-DBC's.

### *Op- en afschaling van zorg*

- Als de somatische aandoening aanwezig is, terwijl er geen behandeling voor de psychiatrische aandoening meer nodig is, moet worden (terug)verwezen naar de betreffende somatische afdeling in het ziekenhuis.
- Als behandeling voor de somatische aandoening, waarvoor de patiënt aangewezen was op zorg in het ziekenhuis, niet meer nodig is, moet worden (terug)verwezen naar de reguliere SGGZ, de GBGGZ of de huisarts.

Afspraken met de afdelingen in het ziekenhuis en met omliggende GGZ-aanbieders en huisartsen over onder andere consultatie en verwijzing zijn daarom cruciaal. De afdeling moet daarom een goed beleid hebben over de op- en afschaling van zorg.

## 4. Financieel beleid



We zetten ons in voor een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg, tegen zo laag mogelijke kosten. Dit doen wij vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om de zorgkosten beheersbaar te houden en 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 het verplichte (en/of vrijwillige) 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 aan u als zorgaanbieder beschikbaar om inzicht te bieden in de door u geleverde prestaties. Het doel hiervan is om gezamenlijk tot een verdere verbetercyclus te komen. Belemmeringen die het leveren van kwaliteit remmen, zoals financieringsschotten of volumeprikkels, pakken we samen met u aan.

Onze beleidsspeerpunten vertalen we in inkoopcriteria die de hoogte van het tarief en/of budget bepalen. Verder hanteren we voor 2020 opnieuw een eigen prijslijst. Zowel de inkoopcriteria als de prijslijst worden aan het begin van de inkoopronde met u gedeeld via het offerteformat of de digitale vragenlijst.

### 4.1 Beheersen van kosten

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

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

## 4.2 Inkoopcriteria

Inkoopcriteria zijn criteria die de hoogte van het tarief en/of 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 productieafpraak), wordt het tariefpercentage en budget met terugwerkende kracht opnieuw vastgesteld. Het herziene percentage zal dan bestaan uit het percentage dat ten tijde van de contractafpraak tot stand is gekomen minus het percentage dat als volgt is berekend: het aantal inkoopcriteria dan onjuist is ingevuld, vermenigvuldigd met 3%, met een minimum van 5%.

## 4.3 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 worden opgenomen in de overeenkomst 2020.

Het gerealiseerde uurtarief van een zorgaanbieder wordt vervolgens afgezet tegen het afgesproken normatief uurtarief. Wanneer blijkt dat de zorgaanbieder op een hoger gerealiseerd uurtarief uitkomt, dan hebben we het recht om het deel boven het normatief uurtarief terug te vorderen; ook als de zorgaanbieder binnen de gemiddelde prijs per unieke cliënt en/of zijn omzetplafond blijft.

## 4.4 De gemiddelde prijs per unieke cliënt GBGGZ en SGGZ

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

## 4.5 Het maximale budget (omzetplafond)

Een instelling kan twee omzetplafonds hebben: één voor de GBGGZ en één voor de SGGZ. Als er meer aan GBGGZ wordt gerealiseerd dan afgesproken, is substitutie mogelijk als 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. Het peilmoment voor dat omzetplafond is de startdatum van de DBC's en/of GBGGZ-producten (en de bijbehorende schadelast). De realisatie van de Menzis Basis Vrij-polis telt wél mee voor de vulling van het omzetplafond, voordat deze bereikt is. Voor alle overige afspraken die worden meegenomen in de eindafrekening, telt de Menzis Basis Vrij-polis gewoon mee.

## 4.6 Financiële eindafrekening

Uiteindelijk hanteren we een eindafrekening voor de financiële afwikkeling van het schadelastjaar op basis van de contractafspraken. Optioneel kan Menzis ervoor kiezen om een voorlopige eindafrekening te hanteren. Het tijdsplan tussen de (optionele) voorlopige eindafrekening en de definitieve eindafrekening hangt af van het moment waarop de formele en materiële controles en/of zelfonderzoek kunnen worden gestart en afgerond. Met de uitkomsten van de formele en materiële controle en/of zelfonderzoek 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.

## 4.7 Onvolledig behandeltraject

In de NZa-regelgeving staat omschreven wanneer de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' binnen de GBGGZ in rekening kan worden gebracht, namelijk wanneer:

- de verwijzer de patiënt verwijst naar een behandelaar in de generalistische basis-ggz, maar de behandelaar geen DSM-stoornis vaststelt.

- er vroegtijdig (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) wordt geconcludeerd dat de patiënt behandeld dient te worden in de gespecialiseerde ggz.
- De behandeling vroegtijdig (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) door de patiënt en/of behandelaar wordt afgebroken (bijvoorbeeld omdat de patiënt een andere behandelaar prefereert).

Wanneer het langer dan 120 minuten duurt om vast te stellen dat de cliënt in de gespecialiseerde ggz thuishoort (i.p.v. de GBGGZ), kan de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' ook worden gedeclareerd als er nog geen DSM-stoornis is vastgesteld. Als er wél een DSM-stoornis is vastgesteld dient o.b.v. de criteria uit de prestatie-omschrijvingen GBGGZ de best passende prestatie in rekening gebracht te worden. Dit kán ook de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' zijn.



## 5. Contractspecificaties

### 5.1 Nieuwe zorgaanbieders

Zorgaanbieders die in 2019 geen overeenkomst met Menzis hebben en in aanmerking willen komen voor een overeenkomst in 2020, moeten zich uiterlijk 1 juni 2019 aanmelden via het online contactformulier op onze website. Dit geldt ook voor groepspraktijken die in 2019 geen groepscontract met ons hadden (en we dus als nieuwe zorgaanbieder beschouwen). Nieuwe zorgaanbieders die zich na 1 juni 2019 melden, komen niet meer in aanmerking voor een overeenkomst in 2020. Zowel nieuwe als bestaande zorgaanbieders moeten voldoen aan onze inkoop-eisen (uitsluitingsgronden en minimumeisen). Die zijn uitgewerkt in de bijlagen 1 en 2.

Menzis gaat uit van de integriteit van zorgaanbieders, maar behoudt zich het recht voor om hierop te toetsen; steekproefsgewijs of als daar aanleiding voor is. We kunnen bewijsstukken bij de zorgaanbieder opvragen. Wanneer we de benodigde informatie uit openbare bronnen kunnen verkrijgen, doen we dat. We maken onder andere gebruik van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ).

Als 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.

### 5.2 Inkoop-eisen

Voor alle zorgaanbieders die een contract willen afsluiten om geestelijke gezondheidszorg te verlenen, gelden bepaalde uitsluitingsgronden en minimumeisen. Niet of niet tijdig voldoen aan een van de voorwaarden betekent dat Menzis geen contract voor 2020 aangaat. In de bijlagen 1 en 2 staan de uitsluitingsgronden en minimumeisen vermeld.

## 5.3 Inkoopmethodiek

De inkoopmethodiek is als volgt:

Type instelling	Type contractering	Duur overeenkomst	Wijze van contact	Zorginkoper
Instellingen met onderhandeling <sup>1</sup>	Offerteformat	Eenjarig (kalenderjaar 2020), meerjarig is optioneel	E-mail, telefonisch en/of persoonlijk contact	Ja
Instellingen zonder onderhandeling	Digitaal via het zorginkoopportaal van VECOZO	Eenjarig (kalenderjaar 2020)	E-mail en telefonisch	Nee

---

<sup>1</sup> Of in de contractering sprake is van onderhandeling, bepaalt Menzis op basis van onder meer marktaandeel, omzet en aantallen klanten

## 6. Planning en bereikbaarheid

Op 12 november 2019 moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2020 heeft gecontracteerd. Vanaf die datum kunnen onze klanten via onze [website](#) zien met welke zorgaanbieders we contractafspraken hebben gemaakt. Dit om klanten voldoende tijd te geven om een keuze te maken voor een zorgverzekeraar. Deze datum is het uitgangspunt voor de planning in de voorbereiding van het maken van contractafspraken met zorgaanbieders voor 2020. We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2019 af te ronden.

Deze planning is indicatief. Inschrijvers kunnen daarom geen rechten aan deze planning ontleen. Wij behouden ons het recht voor de planning aan te passen. In dat geval zullen wij een aangepaste planning publiceren. Indien we een wijziging aanbrengen in de informatie van dit document dan maken wij dit tijdig bekend op onze website met onderliggende motivatie. Het tijdsplan<sup>2</sup> van de beleidsontwikkeling en contractering 2020 ziet er als volgt uit:

### Planning

- **januari- maart 2019** Consultatie zorgaanbieders en cliëntverenigingen
- **27 maart 2019** Publicatie inkoopbeleid 2020 versie 1.0
- **1 juni 2019** Deadline aanmelding nieuwe zorgaanbieders
- **1 juli 2019** Publicatie inkoopbeleid 2020 versie 1.1
- **medio augustus 2019** Start contractering 'instellingen met onderhandeling' door toezending offerteformat & conceptovereenkomst
- **6 september 2019** Deadline aanbieders reactie op toegezonden offerteformat/overeenkomst
- **Medio september** Openstelling van de vragenlijst in Vecozo voor 'instellingen zonder onderhandeling'
- **18 oktober 2019** Sluitingsdatum van de vragenlijst in VECOZO
- **1 november 2019** Deadline ondertekenen overeenkomst of accepteren overeenkomst in VECOZO
- **12 november 2019** Publicatie gecontracteerde zorgaanbod op Zorgvinder

---

<sup>2</sup> Onder voorbehoud van tijdige publicatie van de NZa-tarieven

## Bereikbaarheid

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

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

- het [online contactformulier](#) op de website. Onze reactietermijn is maximaal 5 werkdagen.
- via het e-mailadres: [zorgaanbiederservice@menzis.nl](mailto:zorgaanbiederservice@menzis.nl)

# Bijlagen

## Bijlage 1. 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 kan tevens een zorgaanbieder uitsluiten indien

- a. de zorgaanbieder in staat van faillissement of liquidatie verkeert, diens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens hem geldt een surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord, of de zorgaanbieder in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;

- b. de zorgverzekeraar aannemelijk kan maken dat de zorgaanbieder in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout<sup>3</sup> heeft begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken;
- c. de zorgaanbieder niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering mee heeft gewerkt dan wel niet mee heeft willen werken aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
- d. de zorgaanbieder niet heeft voldaan aan zijn verplichtingen op het gebied van het milieu-, sociaal en arbeidsrecht uit hoofde van het recht van de Europese Unie, nationale recht of collectieve arbeidsovereenkomsten of uit hoofde van de in bijlage X van richtlijn 2014/24/EU vermelde bepalingen van internationaal milieu-, sociaal en arbeidsrecht.
- e. de zorgverzekeraar beschikt over voldoende plausibele aanwijzingen om te concluderen dat de zorgaanbieder met andere ondernemers overeenkomsten heeft gesloten die gericht zijn op vervalsing van de mededinging;
- f. de zorgaanbieder blijkt heeft gegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar en dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties.
- g. de zorgaanbieder zich in ernstige mate schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de informatie die nodig is voor de controle op het ontbreken van gronden voor uitsluiting of het voldoen aan de minimumeisen of heeft die informatie achtergehouden, dan wel niet in staat was de ondersteunende documenten over te leggen;
- h. de zorgaanbieder voorkomt op de lijst van de Global Compact Principles van de Verenigde Naties.
- i. de zorgaanbieder zelf of iemand die lid is van het bestuurs-, leidinggevend of toezichhoudend orgaan van de zorgaanbieder of daarin vertegenwoordigings-, beslissings- of controlebevoegdheid heeft, heeft ertoe bijgedragen dat een eerdere Zvw/Wlz inkoopopdracht, een eerdere opdracht van een inkoopend zorgverzekeraar of zorgkantoor of een eerdere Zvw/Wlz overeenkomst heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van die eerdere opdracht, tot schadevergoeding of tot andere vergelijkbare sancties.
- j. er op het moment van de aanvraag van de overeenkomst nog schuld uitstaat bij Menzis Zorgverzekeraar NV, Anderzorg NV, Menzis N.V. dan wel Stichting Zorgkantoor Menzis moet deze op het moment van aangaan van de overeenkomst zijn terugbetaald, verrekend, of moet er een afspraak zijn gemaakt over de terugbetaling. Zo

---

<sup>3</sup> De zorgaanbieder heeft in de uitoefening van zijn beroep de afgelopen drie jaar een ernstige fout begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken. Als het door de zorgaanbieder begaan van een ernstige fout in de uitoefening van zijn beroep wordt in ieder geval aangemerkt:

- a) het doen van een gift of belofte of het aanbieden van een dienst indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd iemand iets te laten doen wat in strijd is met zijn plicht;
- b) het vervalsen of valselijk opmaken van een geschrift dat bestemd is om tot bewijs van enig feit te dienen;
- c) het verstrekken van onjuiste gegevens of het ten onrechte niet verstrekken van juiste gegevens, indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd financieel voordeel te behalen (vermoeden van fraude);
- d) het handelen of nalaten waardoor de lichamelijke integriteit van werknemers of andere personen ernstig in gevaar wordt gebracht;
- e) het opgelegd hebben gekregen van een boete of last onder dwangsom in de zin van artikel 56 van de Mededingingswet;
- f) het in het kader van de uitvoering van een opdracht hebben begaan van een onrechtmatige daad waaruit ernstige schade is voortgevloeid, met dien verstande dat de onder a tot en met f genoemde gedragingen plaatsvinden in het kader van de beroepsuitoefening.

niet, dan kan Menzis weigeren de overeenkomst aan te gaan. In elk geval wordt de ingangsdatum van de overeenkomst opgeschort tot het moment dat er wel terugbetaald dan wel een terugbetalings- of verrekeningsafpraak is gemaakt.

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



## Bijlage 2. Minimumeisen

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

1. De zorgaanbieder is toegelaten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen<sup>4</sup> voor de levering van GGZ-zorg en voldoet aantoonbaar aan de eisen van de WTZi (voor instellingen)
2. 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 2019 geen overeenkomst met Menzis had) dient een kopie van de inschrijving die niet ouder is dan 1 januari 2019 mee te sturen.
3. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg 2017 ingevoerd (voor zover van toepassing).
4. 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 2020 afgesloten.
5. 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.
6. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is alsmede gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders voor de GGZ geïntegreerd. De zorgaanbieder verantwoordt zich hierover in het jaardocument.
7. De zorgaanbieder heeft een ambulante zorgaanbod.
8. De instelling levert enkel diagnostische DBC's die zijn gericht op een behandeling door de instelling zelf. Uitzonderd hiervan zijn DBC's voor een second opinion die niet onder onderlinge dienstverlening vallen.

---

<sup>4</sup> Deze wordt wellicht (deels) vervangen door de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

## Bijlage 3. 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.

*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 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 2020

Datum: 1 juli 2019

Versie: 1.1

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



### 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.