



Zorginkoopbeleid GGZ Instellingen 2021



Publicatiedatum 1 april 2020

Menzis volgt de ontwikkelingen met betrekking tot COVID-19 nauwgezet. Op dit moment kunnen we niet goed inschatten of - en zo ja, in hoeverre - de ontwikkelingen rond het coronavirus gevolgen hebben voor het inkoopbeleid 2021. Mochten aanpassingen in het inkoopbeleid noodzakelijk zijn, dan informeren wij u daar tijdig over.



Inleiding

Hierbij presenteren we u het Menzis Zorginkoopbeleid Geestelijke Gezondheidszorg 2021 voor instellingen. Dit beleid vormt de basis voor de contractering van instellingen voor het jaar 2021. Het beleid betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet. Voor individuele vrijgevestigden is een apart beleidsdocument beschikbaar.

Tot slot volgt dit inkoopbeleid 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. Onze visie op GGZ

Bij Menzis staan we voor het verbeteren van de leefkracht van de individuele verzekerde, door toegankelijke, samenhangende, doelmatige en kwalitatief goede zorg in te kopen.

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. Vanuit deze eigen regie kunnen cliënten dichtbij, digitaal of in persoon, direct terecht in een solidair systeem waarbij de hulpvraag centraal staat. Daar kan gewerkt worden aan herstel, waarbij een belangrijke component het samenspel tussen leefomgeving, professionals en overheden is. Deze partijen werken samen vanuit een werkwijze die over de klassieke financieringsschotten heengaat en zich gezamenlijk ook richt op preventie en leefkracht. Daarbij laten we ons niet belemmeren door de interne (Menzis) afbakening van zorgsoorten, maar zoeken elkaar actief op om ervoor te zorgen dat we de beste en meest passende zorg voor onze verzekerden kunnen bieden.

In onze vijf regio's pakken we een actieve rol om het GGZ-landschap zodanig in te richten dat onze verzekerden goed bediend worden. Dit doen we samen met onze regionale partners. 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.

2. Speerpunten voor 2021 en verder

2.1 Klantwaarden centraal

Uitgangspunt voor dit inkoopbeleid zijn de waarden die onze verzekerden toekennen aan de zorg. Deze waarden zijn voor ons de kern voor het bepalen van onze koers. Onze verzekerden vinden het belangrijk dat de zorg leidt tot goede uitkomsten en goede ervaringen én dat de zorg toegankelijk, betaalbaar en veilig is. Dit zijn dan ook waarden die we centraal stellen bij het inkopen van zorg.

Doelgroepen

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)
- Common Mental Disorders (CMD)
 - Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)
 - Electieve SGGZ
- Chronische SGGZ en langdurig verblijf (Ernstig Psychiatrische Aandoeningen, EPA)
- Acute GGZ
- Hoogcomplex GGZ

Een dergelijke ordening van cliënten helpt ons om ons bewust te zijn van de diversiteit in klanten en in het verlengde daarvan de diversiteit aan klantwaarden. Dit bewustzijn is belangrijk om gericht in te kunnen spelen op de zorgvraag en zorgbehoefte van elke doelgroep. Vanuit Menzis zijn we volop bezig om al deze doelgroepen te bedienen en dit zal ook in 2021 onze aandacht hebben.

Stem van de verzekerde

Voor alle doelgroepen geldt dat we het belangrijk vinden dat onze verzekerde zoveel mogelijk de regie pakt over het eigen leven en daarmee zélf een centrale spil vormt om de individuele gezondheid en leefkracht te verbeteren. Dat betekent ook dat we het van belang achten dat cliënten een belangrijke

stem hebben in het vormgeven van de eigen behandeling. We stellen op dit onderdeel dan ook 2 zaken centraal in onze inkoop voor 2021:

1. Een goede (totaal)score op de CQI-schaal 'samen beslissen'
2. Het door de zorgaanbieder verder vormgeven en implementeren van 'samen beslissen in de ggz', met name waar het gaat om het stimuleren en faciliteren van cliënten om deze rol te kunnen pakken. Inspiratiebronnen hiervoor kunnen onder meer zijn:
 - a. het project '[Samen beslissen met uitkomstinformatie in multidisciplinaire GGZ-ketens](#)'
 - b. het onderzoek '[Shared decision making in mental health care: the added value for patients and clinicians](#)' van M.J. Metz (2018).

Ook vanuit Menzis gaan we meer doen om onze verzekerden een stem te geven. Inspraak van hen is cruciaal om in te kunnen spelen- en te anticiperen op vragen en wensen. Deze inbreng komt vanuit de Ledenraad, maar ook via gesprekken met cliënten- en familieraden en in samenwerking met patiënten- en consumentenorganisaties.

2.2 Waardegerichte zorg

Uitkomsten van zorg

Door de waarden van onze verzekerden centraal te stellen, spreken we uit dat we het toevoegen van extra waarde aan de zorg voor onze verzekerden als kern van onze aanpak zien.

Deze overtuiging maakt dat we met onze aanbieders afspraken willen maken over uitkomsten van zorg (passend bij de waarden van onze verzekerden). Deze komen terug in [vijf samenhangende dimensies](#) van goede uitkomsten van zorg:

1. Goede kwaliteit van zorg: zorginhoudelijke/technische kwaliteit (de structuur, het proces en de gezondheidsuitkomst van de zorg voor de patiënt) en patiënttevredenheid.
2. Kostenbewust gedrag: het voorkómen van overbehandeling en onnodig dure zorg (de afwezigheid van perverse volumeprykkels).
3. Goede coördinatie en doelmatige substitutie: in hoeverre is sprake van goede multidisciplinaire samenwerking en goed op elkaar afgestemde zorg?
4. Kosteneffectieve innovatie: in welke mate wordt gestimuleerd tot innovaties die leiden tot lagere kosten bij gelijkblijvende gezondheid, of tot gezondheidswinst tegen lagere, gelijkblijvende, of – in verhouding tot de extra baten – beperkte extra kosten?
5. Effectieve preventie: het zoveel mogelijk gezond houden van de afgebakende populatie individuen waarvoor zorgaanbieders (collectief) verantwoordelijk zijn.

Vanuit Menzis noemen we dit waardegerichte zorg. De ambitie is om in 2025 het grootste deel van de geestelijke gezondheidszorg op deze manier in te kopen én dit ook transparant te maken naar onze verzekerden. Op deze manier hopen we onze verzekerden te versterken in het maken van onderbouwde keuzes voor een zorgaanbieder. Transparantie over de kwaliteit en kosten van zorg is hierbij onontbeerlijk.

Ontwikkeling door de jaren heen

In 2019 zijn we met een aanzienlijke groep zorgaanbieders gestart met het waardegerichte inkooptraject Angst & Depressie. Hierbij werken de betrokken zorgaanbieders samen aan het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg, waarbij de zorgbehoefte van de cliënt het vertrekpunt is. We zien dat doordat professionals ervaringen met elkaar uitwisselen én hierbij van elkaar leren, er inspiratie ontstaat hoe de waarde van zorg voor klanten kan worden vergroot. Dat is waar we het voor doen.

In 2020 hebben we ook in de individuele cont(r)acten met zorgaanbieders de waardegerichte aanpak centraler gesteld. Dit zullen we de komende jaren alleen maar meer gaan doen.

Voor de inkoop 2021 gaan we:

- om de kwaliteit van zorg te bepalen de voor de cliënt relevante uitkomstindicatoren centraler stellen bij de inkoop van zorg dan structuur- en procesindicatoren (denk hierbij aan zaken als behandel-effectiviteit, kwaliteit van leven, toegankelijkheid, veiligheid en cliëntervaringen)
- samen met diverse verslavingszorgaanbieders bekijken of we deze zorg in 2021 waardegericht kunnen inkopen (naar analogie van het traject Angst & Depressie)

We verwachten dan ook dat zorgaanbieders de komende periode een beweging gaan realiseren. Uiteraard beseffen we ons dat dit niet van de een op andere dag gerealiseerd is. We geven zorgaanbieders hier dan ook de tijd voor. Met het verstrijken van de jaren zullen we echter wel uitkomstgerichte zorg steeds meer belonen en inkopen en wordt de inkoop op structuur- en procesindicatoren verder afgebouwd. Voor 2021 is het voor zorgaanbieders 'gewoon' nog mogelijk om met het hanteren van (alleen) zorgprogrammatisch werken (zie bijlage 3) als kwaliteitsborgend instrument in aanmerking te komen voor een overeenkomst.

2.3 Preventie

Leefstijlgerelateerde aandoeningen

Vanuit onze missie om de leefkracht van ieder mens te versterken, willen we de komende jaren de ervaren gezondheid van de inwoners in onze kernregio's laten stijgen. Hierbij richt Menzis zich op prevalentie en incidentie van vijf grote leefstijlgerelateerde (chronische) aandoeningen, waaronder depressie. Voor deze vijf aandoeningen is een gezonde leefstijl de sleutel om te voorkomen dat mensen ziek worden óf om verergering te voorkomen. Er komt steeds meer wetenschappelijk bewijs dat meer preventie en het werken aan een gezonde leefstijl (niet roken, geen alcohol, voldoende slapen, stressreductie, gezonde voeding en voldoende beweging) helpt bij het voorkomen van chronische aandoeningen.

Zorggerelateerde preventie

In 2021 nemen we in onze vijf regio's een actieve rol, werken we samen met zorgaanbieders aan verbeteringen en pakken een stimulerende rol om partijen bij elkaar aan tafel te krijgen. Meer specifiek voor de ggz ontwikkelen we in samenwerking met zorgpartners en patiënten een coherente visie en dito beleid op zorggerelateerde preventie in de ggz. We willen dat mensen die hersteld zijn van een depressieve stoornis door leefstijlinterventies de kans op remissie zo laag mogelijk kunnen maken. Ook willen we dat mensen met een meer chronische vorm van depressie door leefstijlinterventies een zo goed mogelijke kwaliteit van leven kunnen bereiken en hun eigen gezondheid zo goed mogelijk kunnen ondersteunen. We bekijken hoe we samen met onze partners een gezonde leefstijl kunnen aanjagen, ook door de inzet van eigentijdse technieken zoals wearables/trackers en ondersteuning door mobiele apps. We verwachten dat het bespreken en aanbieden van leefstijlinterventies door zorgaanbieders onderdeel zijn van het zorgpad voor deze doelgroep. Zorgaanbieders spelen immers een belangrijke rol als actieve gids naar leefstijlinterventies. Door verzekerden te helpen hun weg te vinden naar het juiste aanbod hiervoor, ondersteunen we hen om te starten met een interventie of behandeling.

2.4 Wachttijden

Volle aandacht

De maximale wachttijd in de GGZ is vastgesteld op de zogenaamde 'Treeknormen'. Helaas worden landelijk gezien al langere tijd de Treeknormen niet altijd gehaald, zeker niet voor bepaalde doelgroepen (bijv. autisme, persoonlijkheidsstoornissen). Dit beeld zien we terug in onze kernregio's. Dit vinden we een zeer onacceptabele situatie. Iedereen moet immers binnen een aanvaardbare termijn toegang tot zorg hebben. Zodoende spannen we ons al jarenlang samen met zorgaanbieders in om de wachttijden in de GGZ naar beneden te krijgen. Ondanks de [stappen](#) die we hebben gezet in onze aanpak, zien we nog ruimte voor verbetering. Het terugdringen van de wachttijden blijft dan ook de grootst mogelijke aandacht krijgen. Binnen onze kernregio's pakken we hierbij een regierol, waarbij we samen met onze zorgpartners aan oplossingen werken en deze ook daadwerkelijk doorvoeren.

Overnemen van goede voorbeelden

Voor de inkoop 2021 gaan we nadrukkelijker sturen op het overnemen van 'best practices' bij het terugdringen van de wachttijden. We verwachten van zorgaanbieders dat zij bij het zoeken naar oplossingen ook nadrukkelijk buiten de eigen organisatie en de eigen regio kijken: er zijn diverse geslaagde initiatieven die het overnemen waard zijn. Het opschalen blijkt echter tot op heden onvoldoende te gebeuren. Of zoals staatssecretaris Blokhuis dit [verwoordt](#): goede pilots blijken vaak de best bewaarde geheimen.

Wij zullen vanuit Menzis sturen op daadwerkelijke implementatie en hierin ondersteunen door deze initiatieven ook proactief onder de aandacht te brengen van onze zorgaanbieders door het beschikbaar stellen van een dynamische lijst met 'best practices'.

Zorgbemiddeling

Uiteraard verwachten we van zorgverleners ook dat zij in geval van dreigende of zelfs voorspelbare overschrijding van de Treeknormen cliënten direct actief bemiddelen naar ofwel een andere gecontracteerde zorgaanbieder, ofwel doorverwijzen naar onze afdeling Zorgadvies. Onze Zorgadviseurs helpen klanten bij het vinden van een passend alternatief.

2.5 Arbeidsmarktproblematiek

Arbeidsmarkttekort zorgsector

De geestelijke gezondheidszorg kent ondanks het stijgende aantal werknemers een krapte op de arbeidsmarkt. Het personeelstekort bij geïntegreerde instellingen loopt op, met name in specialistische functies als psychiater en (in mindere mate) klinisch psycholoog. Om dit tegen te gaan zijn al een aantal maatregelen benoemd die vernieuwing van de gezondheidszorg moeten versnellen zoals verwoordt in het [Position paper arbeidsmarkttekort zorgsector van ZN](#).

Deze onderdelen zijn:

1. Verhogen van de gezonde levensverwachting van verzekerden, door de omslag te maken van ziek naar gezondheid en preventie.
2. Beter benutten van de beschikbare talenten, via de verbetering van ‘goed werkgeverschap’ dat is verankerd in passend HR-beleid, werken aan een gezond werkklimaat (onder andere door ambitieuze doelen te stellen ten aanzien van verlaging van het ziekteverzuim), actief verminderen van de (onnodige) administratieve lasten, veel meer inzet op een leven lang leren en het op de juiste plek opleiden van de zorgprofessional van de toekomst.
3. Een continu proces van taakherschikking en substitutie, om meer zorg met dezelfde mensen te leveren. Ook door de inzet van arbeidsbesparende technologie.
4. Slimmer organiseren van zorg door veel steviger inzet van digitale zorg en digitalisering van zorgprocessen.
5. Stoppen met ineffectieve en inefficiënte zorgvormen en alleen nog maar effectieve zorgvormen vergoeden.

We zullen onze zorgaanbieders ondersteunen om de noodzakelijke vernieuwing van de gezondheidszorg te versnellen. Primair doen we dit door via de contractering met aanbieders ontwikkelafspraken te maken over preventie, doelmatigheid, het terugdringen van onnodige administratieve lasten, goed werkgeverschap en over hoe de organisatie de juiste kennis binnenboord haalt om hier sturing aan te geven.

Inzet op loondienstverband

Náást de benoemde 5 punten vinden we het van groot belang dat de psychiater, vanuit zijn deskundigheid, betrokken is bij ernstige SGGZ-problematiek waarbij naast de psychiatrische problematiek ook sprake is van farmacotherapie en/of somatische comorbiditeit en/of crisisbeoordelingen. Dit is bijvoorbeeld, maar niet uitputtend, het geval bij psychotische stoornissen of bipolaire stoornissen.

Om in de SGGZ de benodigde multidisciplinaire benadering kwalitatief goed uit te voeren is een goed functionerend multidisciplinair overleg noodzakelijk. Dit vraagt om een stabiele samenwerking tussen psychiater, andere behandelaren binnen het team en de cliënt. Een psychiater in loondienstverband zorgt voor meer stabiliteit in de organisatie, meer stabiliteit in de planning voor de beschikbaarheidsdiensten en voor meer continuïteit in de behandeling van een cliënt.

Zodoende vinden we het van belang dat het werken in loondienst aantrekkelijker wordt en dat de inzet van ZZP'ers wordt tegen gegaan. Vanuit de maatschappelijke vraag achten we het noodzakelijk dat vrijgevestigde en zelfstandige psychiaters weer grotendeels in loondienst treden bij instellingen en meedraaien in de ANW-diensten. We zullen dan ook psychiaters die niet in loondienst werken gaan stimuleren om (deels) in loondienst te gaan werken bij die instellingen die verantwoordelijk zijn voor onder meer de behandelingen voor psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen en crisisbeoordelingen. Daarnaast gaan we bekijken welke zorg we alleen bij instellingen willen inkopen, gegeven het multidisciplinaire karakter ervan.

Bekostigingsexperiment aanvullende beroepen

Tot slot zullen we de komende periode onderzoeken wat het effect is van de inzet van andere beroepsbeoefenaren binnen de ggz en of dit mogelijkheden biedt tot taakherschikking. Hiertoe zullen we voor de inkoop 2021 met een afgebakende groep zorgaanbieders in onze kernregio's gebruik gaan maken van het [bekostigingsexperiment aanvullende beroepen](#).

2.6 Digitale zorg en innovatie

De wachttijden en de arbeidsproblematiek in de geestelijke gezondheidszorg maken dat het van groot belang is dat we ook kijken naar de mogelijkheden die digitale zorg en innovaties ons bieden.

Digitale zorg

Digitale zorg is voor ons een middel om meerwaarde te bieden aan onze verzekerden. Deze meerwaarde kan op meerdere vlakken bestaan, zoals:

- de zorg toegankelijk(er) maken en houden
- dichter aansluiten bij de voorkeuren van cliënten in termen van locatie en tijd
- het verloop van het benodigde zorgtraject bespoedigen
- de uitkomst van zorg verbeteren
- de cliënt meer regie bieden op het eigen zorgproces
- meer ondersteuning, verdieping of oefening bieden voor wie dat wil

Uiteindelijk moet digitale zorg daarmee leiden tot doelmatigere zorg: met dezelfde behandelcapaciteit moeten meer cliënten geholpen kunnen worden. We zien op vier grote onderwerpen mogelijkheden om met digitale zorg aan de slag te gaan:

1. Datagedreven gezondheidszorg
2. Shared decision making
3. Zelfmanagement
4. Tijd- en locatieafhankelijke zorg

Wat we in 2021 minimaal verwachten van onze zorgaanbieders is dat zij een deel van de zorg 'blended' leveren. Dat betekent dat de zorg zich kenmerkt door een combinatie van online interventies en face-to-face behandelcontacten.

Bij Menzis onderschrijven we verder het belang van uitwisseling van gegevens, het vergroten van de medicatieveiligheid, het stimuleren van eHealth en een beter inzicht bij patiënten in hun gezondheid (via de Persoonlijke Gezondheidsomgeving). We vinden het daarom belangrijk dat zorgaanbieders deelnemen aan VIPP GGZ; het versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional (<https://www.vippggz.nl/>). Bij de implementatie van eHealth is het voor zorgaanbieders bovendien aan te raden om de mogelijkheden van Koppeltaal te onderzoeken. Koppeltaal integreert informatiestromen uit eHealth, ROM en EPD in de werkomgeving van de behandelaar en cliënt (<https://www.koppeltaal.nl/wat-koppeltaal>).

Zorginnovatie

Vanuit Menzis willen we toewerken naar de rol van vernieuwer en innovatie uitdragen. Hierbij pakken we een rol in het grootmaken van succesvol gebleken concepten. Goede voorbeelden worden doorgaans niet opgepakt door andere instellingen en blijven daarmee vaak de best bewaarde geheimen: dat moet anders. We willen dan ook een voortrekkersrol pakken om deze initiatieven uit te rollen in onze regio's. Zo veranderen we actief het zorglandschap.

We willen vanuit Menzis dat innovatie in het bloed komt te zitten. We staan open voor nieuwe ideeën en worden enthousiast van innovaties. We vernemen uiteraard ook graag actief van aanbieders ideeën en mogelijkheden om door middel van innovaties de GGZ te verbeteren. Aanbieders die goede ideeën aanleveren worden hiervoor beloond. Menzis zal samen met aanbieders nieuwe kansrijke concepten omarmen en opschalen. Deze ideeën kunnen worden aangeleverd via het [Menzis Innovatieportaal](#). Hier is ook diverse andere informatie te vinden over innovatie binnen de zorg. Wij willen hiermee

bedenkers van (digitale) zorginnovaties nog beter ondersteunen en begeleiden bij het opschalen van goede initiatieven.

2.7 Krachtig in de regio

Regionale focus

Om voor onze verzekerden het verschil te kunnen maken, leggen we onze focus op die regio's waar veel van onze verzekerden zitten. 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 langetermijnplannen voor de toekomst van het zorglandschap. Met de grote instellingen maken we ook 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.

Samenwerking in de regio

Samenwerking binnen en buiten de GGZ-keten is essentieel voor het kunnen beantwoorden van de hulpvraag van cliënten. De GGZ is immers breder dan alleen de Zorgverzekeringswet en raakt aan vele aspecten van het leven en de samenleving. De aansluiting tussen de curatieve en sociale aanpak van mentale problemen bepaalt het succes van de behandeling en het herstel. Bijdragen vanuit andere, aanpalende domeinen dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de somatische zorg, Justitie en het aanbod van woningen en werk zijn van groot belang. De afstemming tussen deze domeinen is geen vanzelfsprekendheid, terwijl het leven van mensen wel plaatsvindt in al deze domeinen. Het bijeenbrengen van deze systeemwereld om een goede aansluiting te vinden bij de leefwereld van de cliënt zien we dan ook als een belangrijke taak in onze regio's. We blijven dan ook in 2021 actief de samenwerking zoeken om samen met cliënten, gemeenten en betrokken organisaties hier gezamenlijk in op te trekken. De hieruit voortvloeiende nauwere afstemming, samenwerking én afbakening van verantwoordelijkheid moet zorgen voor een aansluitende keten en daarmee dus voor integrale zorgverlening aan de cliënt.

Buiten de regio

Buiten onze regio's vervullen we een andere rol. Hier kopen we voornamelijk voldoende doelmatige zorg in, waarbij we de toegankelijkheid van zorg goed in het oog houden. We zijn buiten de regio meer volgend (in de plannen van aanbieders en marktleidende verzekeraars) dan proactief. We vertrouwen er in deze regio's op dat de benodigde innovatie door aanbieders samen met de marktleidende verzekeraar aldaar wordt vormgegeven. Goede initiatieven daarin zullen we dan ook steunen en

volgen, zodat ook onze verzekerden in deze regio's daarvan kunnen profiteren. Binnen de regio zullen we goede initiatieven juist aanjagen en faciliteren. Succesvolle initiatieven kunnen we daarna wel landelijk opschalen. Andersom geldt dit ook: goede initiatieven buiten de regio worden meegenomen naar onze regio's.

Uiteraard volgen we de ontwikkelingen buiten onze regio's. We zullen onze rol pakken richting de marktleidende verzekeraars en aanbieders indien we constateren dat de doelmatige en toegankelijke zorg voor onze verzekerden in het geding komt door het achterblijven van de benodigde innovatie en vernieuwing.

2.8 Psychiatrie in het ziekenhuis

Het inkoopbeleid rondom psychiatrie in het ziekenhuis blijft van kracht zoals beschreven in paragraaf 3.6 van het [zorginkoopbeleid van 2020](#).

2.9 Vooraankondiging: Nieuwe bekostiging voor de ggz en fz

Zorgaanbieders, zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars en de overheid werken samen aan een nieuwe bekostiging voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de forensische zorg (fz): het Zorgprestatiemodel. Deze bekostiging moet in 2022 ingaan en zal gelden voor de generalistische basis ggz (GBGGZ), voor de gespecialiseerde ggz (SGGZ) inclusief jaar 2 en 3 van de langdurige ggz (LGGZ), en voor de fz.

Het zorgprestatiemodel geeft sneller inzicht in zorguitgaven, omdat prestaties zijn gekoppeld aan een dag in plaats van aan een zorgtraject van 365 dagen. Dit zorgt er ook voor dat het schadebegrip van zorgverzekeraars en het omzetbegrip van zorgaanbieders beter op elkaar aansluiten. Voor de overgang van trajectbekostiging is het voornemen een 'harde stop' toe te passen op alle nog lopende trajecten (DBC's en ZZP's) op 31-12-2021. Vanaf 1-1-2022 zal de zorg dan gedeclareerd worden in nieuwe zorgprestaties. De regels voor deze harde stop zullen nog worden opgesteld, maar hier zal in de inkoop 2021 rekening mee gehouden worden.

3. 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 verzekerden de premie zo laag mogelijk te maken. Zij 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. Contractueel spreken wij af welke beheersinstrumenten we inzetten. 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 beleidspeerpunten vertalen we in de inkoop om de hoogte van het tarief en/of budget te bepalen. Verder hanteren we voor 2021 opnieuw een eigen prijslijst.

4. Belangrijkste wijzigingen voor 2021

De belangrijkste wijzigingen voor 2021 zijn:

- Sterkere focus op 'samen beslissen in de ggz'
- Verdere uitrol waardegerichte zorg
- Leefstijlinterventies onderdeel maken van zorgpad depressie
- Sterkere sturing op het overnemen van 'best practices' t.b.v. vermindering wachttijden
- Inzet op loondienstverband van behandelaren
- Gebruik van bekostigingsexperiment aanvullende beroepen bij afgebakende groep aanbieders
- Nadruk op inzet van digitale zorg
- Stimuleren aanleveren van innovaties
- Krachtiger optreden in de regio (integrale samenwerking in de regio)

5. Contractspecificaties

5.1 Inkoopvoorwaarden

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 2021 aangaat. In de bijlagen 1 en 2 staan de uitsluitingsgronden en minimumeisen vermeld.

5.2 Inkoopmethodiek

Type Instelling ¹	Type contractering	Duur overeenkomst	Wijze van contact	Zorginkoper
Instellingen met onderhandeling	Digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO of via offerteformat ²	Eenjarig (kalenderjaar 2021) Meerjarig optioneel	E-mail, telefonisch en/of persoonlijk contact	Ja
Instellingen zonder onderhandeling	Digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO	Eenjarig (kalenderjaar 2021)	E-mail en telefonisch	Nee

5.3 Nieuwe contractanten

Zorgaanbieders die in 2020 geen overeenkomst met Menzis hebben en in aanmerking willen komen voor een overeenkomst in 2021, moeten zich uiterlijk 1 juni 2020 aanmelden via het [online contactformulier](#) op onze website. Dit geldt ook voor groepspraktijken die in 2020 geen groepscontract met ons hadden (en zodoende als nieuwe zorgaanbieder worden beschouwd). Nieuwe aanbieders die zich ná 1 juni 2020 melden, komen niet in aanmerking voor een overeenkomst in 2021. Zowel nieuwe als bestaande zorgaanbieders moeten voldoen aan onze inkoopcriteria, zoals uitgewerkt in de bijlagen 1 en 2.

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

² We onderzoeken de mogelijkheid om alle zorgaanbieders via het Zorginkoopportaal van VECOZO te contracteren. Op dit moment is het nog niet duidelijk of dit voor de contractering 2021 haalbaar is. Uiterlijk 1 juli 2020 zullen we hier meer duidelijkheid over verschaffen.

5.4 Toetsing

Menzis controleert of u voldoet aan de inkoopvoorwaarden en gaat uit van de integriteit van zorgaanbieders.

We kunnen in dat kader bewijsstukken bij de zorgaanbieder opvragen. Als we de benodigde informatie uit openbare bronnen kunnen verkrijgen, doen we dat. We maken onder andere gebruik van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ).

Wanneer 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.

6. Planning en bereikbaarheid

6.1 Planning

Op 12 november 2020 moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2021 heeft gecontracteerd. Vanaf die datum kunnen onze verzekerden via onze website zien met welke zorgaanbieders we contractafspraken hebben gemaakt. Dit doen we 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 2021. We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2020 af te ronden.

- januari - maart 2020 Consultatie zorgaanbieders en cliëntverenigingen
- 1 april 2020 Publicatie inkoopbeleid 2021 versie 1.0
- 1 juni 2020 Deadline aanmelding nieuwe zorgaanbieders
- 1 juli 2020 Publicatie inkoopbeleid 2021 versie 1.1
- 6 t/m 24 juli 2020 Start contractering voor instellingen door toezending offerteformat/conceptovereenkomst (alleen van toepassing voor instellingen die niet via VECOZO worden gecontracteerd)
- 1 september 2020 Deadline aanbieders reactie op toegezonden offerteformat/overeenkomst (alleen van toepassing voor instellingen die niet via VECOZO worden gecontracteerd)
- medio september 2020 Openstelling van de vragenlijst in VECOZO (van toepassing op alle instellingen die via VECOZO worden gecontracteerd)
- 23 oktober 2020 Sluitingsdatum van de vragenlijst in VECOZO
- 1 november 2020 Deadline ondertekenen overeenkomst of accepteren overeenkomst in VECOZO
- 12 november 2020 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder

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 aanbrenge in de informatie van dit document dan maken wij dit tijdig bekend op onze website met onderliggende motivatie.

6.2 Bereikbaarheid

Menzis streeft ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders digitaal te ontsluiten. 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](#). Wij streven naar een reactietermijn van 5 werkdagen.

7. Consultaties

Menzis heeft koepelorganisaties, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en de ledenraad geconsulteerd bij het opstellen van het inkoopbeleid voor 2021.

7.1 Specifieke patiëntenorganisaties

In onze contractafspraken staat het perspectief van onze klanten centraal. Dat gaat om het behandelen van mensen met aandoeningen en om het versterken van de gezondheid. Inspraak van hen is cruciaal om in te kunnen spelen en te anticiperen op hun vragen en wensen. Deze inbreng komt vanuit de ledenraad, klantenpanels en samenwerking met patiënten- en consumentenorganisaties. Daarom voert Menzis voor het domein GGZ overleggen met patiëntenorganisatie MIND en met cliënten- en naastenvertegenwoordigers over de ontwikkeling van het inkoopbeleid 2021.

7.2 Zorgaanbieders

Menzis streeft in het belang van haar klanten naar waardegerichte contractafspraken met zorgaanbieders en een integrale zorgketen. Gesprekken en afspraken met zorgaanbieders zijn voor ons cruciaal om samen te werken aan kwalitatief goede en betaalbare zorg voor de klant. Bij de totstandkoming van het inkoopbeleid 2021 heeft Menzis daarom input verzameld en ideeën getoetst in gesprekken met diverse veldpartijen.

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 fout³ 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

³ 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.

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 toezichthoudend 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 inkopend 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 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 (al dan niet van rechtswege) toegelaten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen 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 2020 geen overeenkomst met Menzis had) dient een kopie van de inschrijving die niet ouder is dan 1 januari 2020 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 2021 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 en dat inzichtelijk is voor cliënten. 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.
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. Uitgezonderd hiervan zijn DBC's voor een second opinion die niet onder onderlinge dienstverlening vallen.

Bijlage 3 Zorgprogrammatisch werken

Van gecontracteerde zorgaanbieders verwachten we 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 zorgpaden hebben 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 voldoet 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 continue kwaliteitsverbeterscyclus (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:

- het percentage cliënten behandeld conform zorgprogrammatisch werken van het totaal aantal behandelde cliënten
- het percentage van ingestroomde cliënten waarvoor een geobjectiverde triage/beslisboom is doorlopen
- het percentage cliënten waarbij conform het afgesproken traject binnen de met elkaar besproken tijd in goed overleg de behandeling is afgesloten.

- het percentage van de behandelingen waarbij structureel tussenmetingen van ROM worden afgenomen, die bij de evaluatiemomenten worden gebruikt om de voortgang en effectiviteit van de behandeling met de cliënt te bespreken
- het 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 laten zien. 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.