



## Zorginkoopbeleid 2017

## Medisch Specialistische Zorg

Versie 1 juli 2016



# Inhoudsopgave

1.	Visie op medisch specialistische zorg (MSZ) .....	6
	1.1. We gaan verder op de ingeslagen weg .....	6
	1.2. Terugblik 2015/2016 en vooruitblik 2017 .....	6
	1.2.1. Resultaten juiste zorg op de juiste plaats .....	6
	1.2.2. Resultaten zinnige en zuinige zorg .....	7
	1.2.3. Resultaten kwaliteit .....	7
	1.2.4. Resultaten controle op zorgkosten .....	8
	1.3. Wat verandert er ten opzichte van 2016? .....	8
	1.4. Hoe wordt omgegaan met nieuwe toetreders? .....	8
	1.5. Culturele achtergrond .....	9
2.	Speerpunten Zorginkoopbeleid MSZ 2017 .....	10
	2.1 Tijdig contracteren .....	10
	2.2 Meerjaren overeenkomsten .....	10
3.	Verschuiving van zorg .....	11
4.	Doelmatigheid .....	12
	4.1. Oogheelkunde, nierdialyse, heup- en knieervangende operaties .....	12
	4.2 Dure geneesmiddelen .....	12
5.	Kwaliteit van zorg .....	13
	5.1. Medisch inhoudelijke kwaliteit .....	13
	5.1.1. Focus op uitkomst .....	14
	5.1.2. Value Based Healthcare .....	14
	5.1.3. Kwaliteitsagenda strategische ziekenhuizen .....	15

5.2. Klantervaringen .....	15
5.3. Patiëntveiligheid .....	15
5.4. Toegankelijkheid .....	15
6. Controle op zorgkosten .....	16
6.1. Formele controle, materiële controle en controle op gepast gebruik .....	16
6.2. Convenant gezamenlijke aanpak controles MSZ .....	17
6.3. Horizontaal toezicht: samenwerken vanuit vertrouwen .....	17
7. Thematische aandachtspunten .....	18
7.1. Ambulancezorg .....	18
7.2. Audiologische hulp .....	18
7.3. Bevolkingsonderzoek darmkanker .....	18
7.4. Claudicatio intermittens (gesuperviseerde looptraining).....	19
7.5. Diagnostiek .....	19
7.6. Dialysezorg .....	20
7.7. Doelmatig voorschrijven .....	20
7.8. Dure geneesmiddelen .....	21
7.8. Eerstelijns Verblijf in de Zvw .....	22
7.9. Eerstelijns Verblijf (ELV) in de zorgverzekeringswet.....	23
7.10. Geboortezorg .....	23
7.11. Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) .....	23
7.12. Mechanische beademing .....	24
7.13. Medisch Specialistische Revalidatiezorg (MSRZ) .....	24
7.14. Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) .....	24
7.15. Plastische chirurgie .....	25
7.16. Psychosociale (na)zorg bij ernstige somatische aandoeningen .....	25
7.17. Spoedzorg .....	26

7.18. Vervolgzorg na (ziekenhuis)opname .....	26
7.19. Zorg voor kwetsbare ouderen .....	27
7.20. Inkoop van zorg bij ZBC's.....	28
8. Financieel beleid .....	29
8.1. Naar afspraken over prijzen en volumes .....	29
8.2. Focus op prijzen, volumes en speerpunten .....	29
9. Voorwaarden contractering .....	30
10. Procedures zorginkoop 2017 .....	31
10.1. Tijdspad .....	31
10.2. Bereikbaarheid .....	31
Bijlage 1 Geschiktheidseisen .....	33

*Dit document is van toepassing op de zorginkoop door Menzis Zorgverzekeraar N.V., Anderzorg N.V. en Menzis N.V. (hierna: Menzis). N.B. In juni bent u geïnformeerd over het feit dat de Coöperatie Menzis U.A. per 1 januari 2017 stopt met het voeren van de merknaam Azivo. Azivo wordt volledig geïntegreerd met Menzis. Met dit besluit komt er geen einde aan onze activiteiten in de regio Den Haag. Deze zullen doorgaan onder de naam van Menzis. Menzis koopt zorg in voor al haar verzekerden. Dat betekent dat de overeenkomsten die Menzis sluit met zorgaanbieders van toepassing zijn op alle verzekerden van Menzis, ongeacht welke verzekering zij hebben afgesloten (natura-, restitutie- of een combinatieverzekering).*

# Voorwoord

Op 1 april 2016 is het Zorginkoopbeleid Medisch Specialistische Zorg (MSZ) gepubliceerd. We hebben toen aangegeven dat bij het opstellen van het beleid nog niet alle wettelijke wijzigingen bekend waren. De afgelopen periode heeft de minister van VWS de wettelijke wijzigingen per 1 januari 2017 bekend gemaakt. We hebben ons beleid hierop aangepast. Voor u ligt het geactualiseerde Zorginkoopbeleid 2017 MSZ. In Hoofdstuk 7 'Thematische aandachtspunten' zijn de volgende onderwerpen toegevoegd:

- Zorginkoopbeleid plastische chirurgie;
- Zorginkoopbeleid gesuperviseerde looptraining bij claudicatio intermittens (voorkeur boven vaatchirurgie).

Daarnaast is het beleid verduidelijkt. Het gaat om de volgende onderwerpen:

- Eerstelijnsverblijf (ELV);
- Geboortezorg;
- Diagnostiek;
- Dure geneesmiddelen;
- Inkoop van zorg bij ZBC's.

Het geactualiseerde beleid vormt de basis voor de contractering 2017.

Het zorginkoopbeleid van Menzis is er al een paar jaar op gericht om samen met u als zorgaanbieder, de zorg betaalbaar en toegankelijk houden. We zijn verheugd dat we hierover in 2016 goede afspraken met u hebben kunnen maken. Gezamenlijk is er in 2016 veel werk

verzet om een stap te maken naar meer regionale focus in de inkoop. In 2017 continueren we graag met u de koers die is ingezet.

Het inkoopbeleid 2017 betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet. Dit document spitst zich volledig toe op het zorginkoopbeleid voor Medisch Specialistische Zorg. Op onze website kunt u onze bredere visie op zorg lezen en de algemene speerpunten op het gebied van substitutie, zinnige en zuinig zorg, kwaliteit, meerwaarde voor de klant en controle op zorgkosten. Aan de hand van enkele thema's, projecten en voorbeelden lichten we daar onze visie op zorg nader toe.

Er zijn verschillende vormen van medisch specialistische zorg: audiologische hulp, dialysezorg, mechanische beademing, medisch specialistisch revalidatie, plastische chirurgie etc. De inkoop vindt plaats bij ziekenhuizen, ZBC's en categorale instellingen.

Verderop in dit document vindt u informatie over de inkoopprocedure en de planning. Meer informatie hierover ontvangt u via uw zorginkoper.

Lees meer over  
onze visie op Zorg  
en de speerpunten  
voor 2017



## 1. Visie op Medisch Specialistische Zorg

Kwalitatief goede zorg en een lage premie zijn belangrijk voor de klanten van Menzis. Daarom is het bieden van goede en betaalbare zorg voor iedereen, nu en in de toekomst, één van onze belangrijkste doelen. Goede zorg betekent niet alleen een goede uitkomst van zorg, maar ook een goede inzet van middelen. Kwaliteit, doelmatigheid en effectiviteit zijn dan ook onlosmakelijk met elkaar verbonden. Om dit te kunnen realiseren hebben we elkaar nodig. We zetten ons actief in met zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en andere partijen voor goede zorg op de goede plaats, maar ook voor het bevorderen van zelfredzaamheid en gezondheid.

### 1.1. We gaan verder op de ingeslagen weg

Partijen in de zorg zijn het er over eens dat de zorg dichterbij en rondom de patiënt georganiseerd kan worden. Menzis geeft samen met zorgaanbieders vorm aan deze beweging. Het is onze ambitie om de komende jaren door te gaan met de verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerstelijns. Daarnaast wordt zorg verschoven tussen instellingen die medische specialistische zorg aanbieden. Hoogcomplexere zorg wordt aangeboden door Universitaire Centra. Basiszorg door Algemene Ziekenhuizen. Ook verschuiving tussen ziekenhuizen, categorale instellingen en ZBC's vindt plaats.

Over het bevorderen van de doelmatigheid in de zorg gaan we graag met u het gesprek aan. Bespreekpunten kunnen zijn om meer op informatie te gaan sturen door beter gebruik te maken van de

beschikbare informatiebronnen. Daarmee kunnen we de inkoop van zorg kwalitatief beter en doelmatiger maken, maar ook transparanter voor onze klanten. Wat betreft innovatief zorgaanbod voert Menzis geen speciaal beleid. Ideeën kunnen –net als voorgaande jaren- tijdens de inkoopgesprekken voorgelegd worden.

De kwaliteit van de Nederlandse medisch specialistische zorg is goed, maar de sector zal zichzelf moeten blijven verbeteren: van indicatiestelling tot behandelplan en van organisatie van het behandelproces tot overdracht en nazorg. Daaraan willen we graag samen met u blijven werken, in het belang van uw patiënten en onze verzekerden.

### 1.2. Terugblik 2015/2016 en vooruitblik 2017

Het afgelopen inkoopjaar stond in het teken van het inkopen van kwalitatief goede zorg op basis van plafondafspraken tegen reële prijzen en volumes. Daarnaast hadden we te maken met de nulleffecten van de verkorting van de doorlooptijd van de DBC Zorgproducten van 365 van 120 dagen. We zijn eerder begonnen met de contractering waarbij we ons hebben gehouden aan het landelijk Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg. De tijdige contractering van zorgaanbieders stond onder druk. Desondanks is Menzis erin geslaagd om met de meeste zorgaanbieders tijdig afspraken te maken.

#### 1.2.1 . Resultaten juiste zorg op de juiste plaats (substitutie)

In 2014 en 2015 zijn in elke regio kwantitatieve en kwalitatieve doelen gesteld voor substitutie van het zorgaanbod. We zijn gestart met het

maken van afspraken met eerste- en tweedelijns zorgaanbieders – met name in onze kernregio's- over het leveren van zorg op het gebied van diabetes mellitus type II, cardiovasculaire risico's, osteoporose, Parkinson, dermatologie, bewegingsapparaat en kleine chirurgische ingrepen. Daarnaast zijn ook afspraken gemaakt over nieuwe organisatievormen waarin de zorg geleverd kan worden en waarin de artsen hiervoor beloond worden zoals het financieren van samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en medisch specialisten zoals meekijkconsulten, teleconsultatie of consulten van medisch specialisten in de huisartsenpraktijk .

In 2017 gaan we verder met het substitueren van zorg door samen met zorgaanbieders het zorgaanbod in onze kernwerkgebieden te herstructureren. Meer informatie hierover kunt u nalezen in Hoofdstuk 4.

### 1.2.2. Resultaten zinnige en zuinige zorg

We hebben afspraken gemaakt over het voorschrijven van kosteneffectieve geneesmiddelen. Dit kan gaan om geneesmiddelen die binnen het budget van het ziekenhuis wellicht weinig impact hebben, maar deze worden extramuraal vaak voortgezet. Het is van belang dat de voorschrijvers daarbij kiezen voor het meest doelmatige middel. Daarnaast worden ook afspraken gemaakt over de wijze waarop dure geneesmiddelen worden ingezet. Bijvoorbeeld op het gebied van de TNF-alfa remmers zijn er steeds meer aanwijzingen dat middelen ook effectief zijn met lagere doseringen. Wat betreft de dure geneesmiddelen heeft Menzis ervoor gekozen om de risico's te delen: daar waar middelen goed begroot kunnen

worden draagt het ziekenhuis het risico en daar waar middelen erg duur zijn of onvoorspelbaar draagt Menzis het risico. Ook zijn we samen met een aantal ziekenhuizen in de kernregio's van Menzis gestart met doelmatigheidstrajecten . In 2017 gaan we verder met het aanscherpen en verbeteren van afspraken.

### 1.2.3. Resultaten Kwaliteit

Het afgelopen jaar hebben we de kwaliteit van zorg transparanter gemaakt voor onze klanten. Zo kunnen onze klanten in de [Menzis Zorgvinder](#) op behandelingsniveau (per ziekenhuis) inzage krijgen in de patiëntervaringen.

De komende jaren nemen we het klantperspectief nog meer mee in de zorginkoop. We maken de ingekochte (kwaliteit van) zorg transparanter voor onze klanten. We geven onze klanten inzicht in de afwegingen die we maken en laten zien hoe we hun premiegeld besteden. De zorg die we bij u inkopen voor onze klanten, moeten we immers ook kunnen verkopen aan onze klanten! Meer informatie hierover kunt u nalezen in Hoofdstuk 6.



#### 1.2.4. Resultaten controle op zorgkosten (integriteit)

In 2014 is Menzis gestart met een nieuw initiatief: Horizontaal Toezicht. Dit houdt in dat zorginstellingen zelf meer controles uitvoeren op declaraties, voordat deze worden verstuurd naar Menzis. Meer informatie hierover kunt u nalezen in Hoofdstuk 7.

Menzis spant zich ervoor in dat geld dat bestemd is voor de zorg, ook daadwerkelijk besteed wordt aan de zorg. Ook geven we klanten een actieve rol bij de fraudebestrijding. Wij vragen hen om de zorgkosten die zorgaanbieders op hun naam hebben gedeclareerd, te controleren op [www.menzis.nl/mijnmenzis](http://www.menzis.nl/mijnmenzis). Ook benaderen we soms klanten met de vraag of zij de zorg die een zorgaanbieder heeft gedeclareerd ook echt hebben ontvangen. In 2017 gaan we door met het door ons ingezette beleid. Meer informatie hierover kunt u nalezen in Hoofdstuk 7.

#### 1.3. Wat verandert er ten opzichte van 2016?

Uitgangspunt is dat Menzis in grote lijnen het inkoopbeleid dat we de afgelopen jaren hebben ingezet, in 2017 voortzetten. De inmiddels vier bekende speerpunten van Menzis (verschuiving van zorg, doelmatigheid van zorg, kwaliteit van zorg en controle op de zorgkosten) komt u ook in 2017 weer tegen in ons inkoopbeleid.

Daarnaast zetten we in 2017 in op de volgende onderwerpen en thema's:

- ✓ Eenduidig contracteerbeleid voor aanbieders van medisch specialistische zorg;
- ✓ Nieuwe (vereenvoudigde) overeenkomst voor medisch specialistische zorg;
- ✓ Nog meer aandacht voor tijdige contractering;
- ✓ Doorontwikkeling meerjaren overeenkomsten;
- ✓ Vanuit regionale focus breiden we de ontwikkeling van partnerships verder uit;
- ✓ Nieuw beleid op het gebied van eerstelijns diagnostiek.

Meer informatie over deze onderwerpen en thema's kunt u nalezen in dit inkoopdocument.

#### 1.4. Hoe wordt omgegaan met nieuwe toetreders?

Nieuwe toetreders zijn zorgaanbieders die in 2016 geen overeenkomst hadden voor het leveren van medisch specialistische zorg. Zij moeten zich tot Menzis wenden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. Voor het in aanmerking komen van een overeenkomst dient de zorgaanbieder een toegevoegde waarde te hebben ten opzichte van huidige gecontracteerde zorgaanbieders door middel van een verbeterde prijs-kwaliteit verhouding. De zorgaanbieder moet een aanbod hebben dat gericht is op een 'witte vlek.' Een witte vlek is een geografisch gebied waar een, vanwege het onvoldoende kunnen vervullen van de zorgplicht, onacceptabel gebrek aan zorgaanbod is. We vragen een nieuwe aanbieder bij de



inschrijving een ondernemingsplan in te dienen met daarin een onderbouwing van de toegevoegde waarde en de 'witte vlek.' Verder verwachten we dat de zorgaanbieders voldoen aan de voorwaarden zoals gesteld worden aan de medisch specialistische zorg. Het toekennen van een overeenkomst medisch specialistische zorg 2017 aan een nieuwe zorgaanbieder is ter vrije keuze van Menzis.

### 1.5. Culturele achtergrond

Menzis vindt het van belang dat bij de invulling van de zorgvraag zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de culturele achtergrond en/of specifieke geloofsovertuiging van de verzekerde. We zijn echter van mening dat de medisch specialistische zorg dermate specialistisch is, dat het kwalitatief niet verantwoord is om zorgaanbieders te contracteren die zich specifiek richten op één doelgroep met een specifieke culturele achtergrond en/of geloofsovertuiging. Wel vragen we zorgaanbieders om ons te informeren over eventuele doelgroepen die binnen hun instelling worden behandeld zodat we onze klanten voor hun zorg beter kunnen leiden naar de juiste zorgaanbieder.



## 2. Speerpunten Zorginkoopbeleid medisch specialistische zorg 2017

Vanaf 2017 geldt het beleid voor medisch specialistische zorg voor alle contractpartijen ongeacht de juridische entiteit van de zorgaanbieder. Dit betekent dat voor ZBC's, categorale instellingen en ziekenhuizen zoveel mogelijk dezelfde contracteisen gaan gelden. Naast de Menzis speerpunten substitutie, doelmatigheid, kwaliteit en integriteit van zorg zijn per 2017 de speerpunten tijdig contracteren en het maken van meerjarenafspraken toegevoegd. Meer informatie over de Menzis speerpunten kunt u lezen op onze [website](#).

### 2.1. Tijdig contracteren

De ervaring van afgelopen jaren leert dat de formele afronding van de afspraken veel tijd en energie kost, zowel voor u als zorgaanbieder als voor ons. Vandaar dat we ernaar streven om de overeenkomst in 2017 sterk te vereenvoudigen. Op deze wijze verwachten we ook de formele afronding van de afspraak tijdig te kunnen realiseren.

In de afgelopen jaren is het niet altijd gelukt om met alle zorgaanbieders tijdig tot afspraken te komen. Dit is echter wel een verplichting die zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders zijn aangegaan met als doel klanten tijdig te informeren over de gecontracteerde zorgaanbieders. Dit thema heeft de afgelopen

periode landelijke extra aandacht gekregen en de minister heeft het veld opgeroepen de afspraken 2017 tijdig afgerond te hebben.

Voor Menzis houdt dit ook in dat de afspraken zo snel mogelijk ook contractueel worden vastgelegd en dat tijdig overeenstemming is over de prijslijsten. Op die manier kan er vroeg in het jaar al regulier gedeclareerd worden door zorgaanbieders, waardoor ook klanten / patiënten snel inzicht krijgen in betalingen die ten laste van het Eigen Risico worden gebracht. Meer informatie over de planning en procedure kunt u nalezen in Hoofdstuk 11.

### 2.2. Meerjaren overeenkomsten

We zetten in 2017 in op het sluiten van meerjarenafspraken met zorgaanbieders waar de inhoud van de afspraak, de relatie en de omgeving dit toelaat en ook van ons vraagt. Door het aangaan van meerjarenafspraken creëren we rust en duidelijkheid voor onze verzekerden én zorgaanbieders.



### 3. Verschuiving van zorg (substitutie)

We richten samen met zorgaanbieders het zorgaanbod in onze kernregio's anders in. Het huidige aanbod van zorg sluit niet goed meer aan bij de groeiende zorgvraag van ouderen en mensen met chronische ziekten. Zij gaan vaak naar het ziekenhuis voor zorg die eigenlijk ook wel door de huisarts geleverd kan worden. Dat is beter voor de patiënt en voor de zorgkosten, want ziekenhuiszorg is een stuk duurder zoals te zien is in het overzicht hiernaast.

Menzis geeft 49,7% van het premiegeld uit aan medisch specialistische zorg en 7,7% aan huisartsenzorg. Partijen in de zorg zijn het er dan ook over eens dat de zorg dichtbij en rondom de patiënt georganiseerd moet worden. Afspraken hierover zijn opgenomen in het [Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord](#).

Menzis geeft samen met zorgaanbieders vorm aan deze beweging. Het is onze ambitie om de komende jaren door te gaan met de verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerstelijns. Daarnaast wordt zorg verschoven tussen instellingen die medische specialistische zorg aanbieden. Hoogcomplexere zorg wordt aangeboden door Universitaire Centra. Basiszorg door Algemene Ziekenhuizen. Ook verschuiving tussen ziekenhuizen, categorale instellingen en ZBC's vindt plaats.

## Hoe besteedt Menzis uw premie?

Van uw premiegeld betalen we uw nota's aan zorgaanbieders. Op basis van de begroting voor 2016 geeft Menzis ruim 5,7 miljard euro uit aan zorg uit de Basisverzekering. Dat is 97,5% van uw premie. Voor ruim 2 miljoen verzekerden. We keren geen winst of bonussen uit en zijn iedere dag bezig met het betaalbaar houden van zorg. Voor iedereen. Maar waar gaat uw premie precies naar toe?



## 4. Doelmatigheid

We vinden het belangrijk dat de zorg zinnig en zuinig is, dat wil zeggen: doelmatig. Er zijn soms onverklaarbare verschillen in de zorg, in prijzen van vergelijkbare behandelingen en medicijnen. Of in het aantal behandelingen of de voorgeschreven medicijnen. Menzis maakt in samenwerking met medische professionals inzichtelijk wat zinnig en zuinige zorg is. We gaan hierover vervolgens graag het gesprek aan om verbeteringen door te voeren. Daar waar een goede verklaring voor de verschillen ontbreekt, past Menzis haar inkoopafspraken aan. Bespreekpunten kunnen zijn:

### 4.1. Oogheelkunde, nierdialyse, heup- en knieervangende operaties als gevolg van artrose

Sturen op informatie is voor Menzis erg belangrijk; door beter gebruik te maken van de beschikbare informatiebronnen wil Menzis de inkoop van zorg steeds inzichtelijker en daarmee doelmatiger maken. Voor de onderwerpen oogheelkunde, nierdialyse en heup- en knieervangende operaties als gevolg van artrose wordt hierin komend jaar een aantal belangrijke verdiepende stappen gezet gericht op inzicht in de kosten per patiënt en doelmatigheid van behandeling. De analyses richten zich met name op de samenhang tussen kosten en onderliggende zorgprofielen van behandelingen, de combinatie van behandelingen per patiënt en relatie van zorg met populatiekenmerken.

### 4.2. Dure geneesmiddelen

Er komen steeds meer dure geneesmiddelen. In 2016 wordt landelijk een extra uitgave van 300 miljoen euro verwacht. Partijen in de zorg worstelen nu al met de stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen, en verkopen om die reden soms 'nee' aan een patiënt. Dat mag nooit zo zijn. Maar wat moet er dan gebeuren? Er zijn veel verschillende initiatieven gaande. Menzis hecht grote waarde aan de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. Het ingezette beleid gaan we in 2017 voortzetten. Meer informatie hierover kunt u nalezen in Hoofdstuk 7.



## 5. Kwaliteit van zorg

We hanteren bij de zorginkoop vier uitgangspunten in ons kwaliteitsbeleid:

### 5.1. Medisch inhoudelijke kwaliteit

Menzis hecht veel waarde aan het inzichtelijk en transparant maken van kwaliteitsverschillen tussen de verschillende zorgaanbieders, enerzijds voor onze zorginkoop en anderzijds voor het informeren van onze verzekerden. Om deze doelstelling te realiseren is Menzis actief betrokken bij het [Programma Kwaliteit van Zorgverzekeraars Nederland](#) (ZN). Binnen dit programma werken zorgverzekeraars samen om de kwaliteit van zorg inzichtelijk en transparant te maken. Samen met patiëntenorganisaties, (wetenschappelijke) verenigingen, zorgaanbieders en organisaties die zich bezig houden met kwaliteitsregistraties, wordt afgesproken hoe de kwaliteit van zorg wordt gemeten en geregistreerd om vervolgens openbaar te maken. Zo krijgen alle partijen zicht op de kwaliteit van zorg, kunnen zij de zorg samen kwalitatief nog beter maken en heeft de patiënt informatie om te kunnen kiezen.

Binnen het Programma Kwaliteit richten zorgverzekeraars zich in eerste instantie op dertig aandoeeningen. Inmiddels hebben zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars voor 14 van deze dertig aandoeeningen overeenstemming bereikt over de manier waarop de kwaliteit van zorg gemeten en inzichtelijk gemaakt moet worden. Het Zorginstituut Nederland (ZiNL) draagt zorg voor het

transparant maken van de door ziekenhuizen en ZBC's aangeleverde informatie via de website [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl).

#### *Minimumnormen*

In toenemende mate stellen de beroepsgroepen van medisch specialisten kwaliteitsnormen op. Deze kwaliteitsnormen kunnen worden onderverdeeld in streef- en minimumnormen. Streefnormen impliceren het streven naar een hoger en zelfs het beste zorgniveau, terwijl minimumnormen een harde ondergrens beschrijven, waar iedere zorgaanbieder minimaal aan moet voldoen om van verantwoorde en veilige zorg te kunnen spreken. Minimumnormen kunnen betrekking hebben op de organisatie (structuur) en op de zorg zelf (proces), en kunnen worden beschreven in kwalitatieve en kwantitatieve normen, zoals de minimale behandelvolumes.

Menzis is van mening dat het stellen van kwaliteitsnormen primair de verantwoordelijkheid is van de beroepsgroepen zelf. Vanuit hun inhoudelijke expertise kunnen zij het beste vaststellen hoe verantwoorde zorg geleverd moet worden. Menzis verwacht van alle zorgaanbieders dat zij voldoen aan de door de beroepsgroep vastgestelde minimumnormen. Zorg ónder deze minimumnormen wil Menzis niet inkopen.

Er zijn niet van alle minimumnormen registraties beschikbaar en/ of uitkomsten transparant. Menzis vindt het vanzelfsprekend dat elke zorgaanbieder op de hoogte is van alle de door de beroepsgroep

vastgestelde minimumnormen en in de eigen organisatie vaststelt of zij aan deze norm voldoet. Indien de organisatie constateert dat er zorg wordt geleverd die niet aan de norm voldoet, verwacht Menzis dat dit wordt gemeld. Indien niet op aanvaardbare termijn aan de norm kan worden voldaan door aanpassingen in proces of structuur, of wanneer het kwantitatieve (volume) normen betreft dient de zorg overgedragen te worden naar een aanbieder in de regio, die wel aan alle minimumnormen voldoet.

Gezamenlijk met andere zorgverzekeraars beoordelen we binnen het ZN traject “minimumkwaliteitsnormen”, voor een aantal aandoeningen, of er aan de in Nederland gestelde minimumnormen voldaan wordt. Meer informatie kunt u vinden op [www.minimumkwaliteitsnormen.nl](http://www.minimumkwaliteitsnormen.nl)

#### 5.1.1. Focus op uitkomst

Kwaliteitsregistraties leveren een bewezen bijdrage aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Betrokkenheid van zorgverleners bij het registratieproces, de accordering en interpretatie van gegevens, bevordert de kwaliteitscultuur en kwaliteitscyclus (PDCA-cyclus) in de ziekenhuizen. Een periodieke bespreking van de resultaten binnen het behandelteam, maar ook met de ziekenhuisdirectie of in de regio, kan leiden tot oplossingen voor knelpunten in de zorg. Informatie uit de kwaliteitsregistraties kan leiden tot aanpassing van richtlijnen, aanscherping van kwaliteitsnormen en ‘underperformers’ kunnen in een kwaliteitsvisite geholpen worden met concrete aanbevelingen voor de verbetering van de door hen geleverde zorg. Daarom vindt

Menzis deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties en de bijbehorende kwaliteitscycli erg belangrijk. Voor zover van toepassing op het zorgaanbod is deelname aan relevante kwaliteitsregistraties daarom een voorwaarde voor een contract.

Voor de inkoop 2017 zullen wij ons met name richten op de uitkomstindicatoren die in de diverse registraties zijn opgenomen. Bij significant afwijkende resultaten verwachten wij dat de PDCA-cyclus binnen het ziekenhuis zal functioneren. In de ziekenhuizen waar Menzis een groot marktaandeel heeft gaan wij ook zelf het gesprek aan over afwijkende uitkomsten. We willen weten hoe er met de afwijkende resultaten omgegaan wordt, verbeterplannen inzien en het effect op (mogelijke) portfoliokeuzes bespreken.

#### 5.1.2. Value Based Healthcare

Goede zorg heeft niet alleen een goede uitkomst, maar ook een goede inzet van middelen. Kwaliteit, doelmatigheid en effectiviteit zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Menzis wil uitkomsten van zorg waar mogelijk onderdeel laten zijn van de zorginkoop. Dit kan op veel verschillende manieren, maar wordt bij uitstek in de praktijk gebracht binnen de Value Based Healthcare (VBHC).

Menzis gaat een samenwerking aan met de zes ziekenhuizen die zich hebben verenigd binnen Santeon om het principe van VBHC te implementeren. De informatie over uitkomsten van zorg moet gekoppeld kunnen worden aan de kosten van deze zorg om zo te

komen tot de waarde van de zorg voor de verzekerde. Santeon start in 2016 gefaseerd met een verbetercyclus voor de volgende aandoeningen: borstkanker, prostaatkanker en heup-osteoartrrose. Het doel van de verbetercyclus is op een gestructureerde manier op zoek te gaan naar variatie in uitkomsten, deze open met elkaar te bespreken en vervolgens best practices te implementeren om daarmee de uitkomsten te verbeteren.

**5.1.3. Kwaliteitsagenda strategische ziekenhuizen**  
Menzis heeft de ambitie om met een aantal geselecteerde ziekenhuizen een partnership aan te gaan. Binnen dit partnership willen we hecht en langdurig samen werken en kennis, kunde en middelen delen. Een essentieel onderdeel is het gezamenlijk opstellen van een kwaliteitsagenda, met als doel het verbeteren van de medisch inhoudelijke en ervaren kwaliteit, het uitdragen van best practices en het faciliteren van portfoliokeuzes.

## 5.2. Klantervaringen

Om een beter beeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg zijn de ervaringen van verzekerden voor Menzis essentieel. Menzis stimuleert het gebruik van gevalideerde vragenlijsten bij de ziekenhuizen en ZBC's om klantervaringen te meten. Samen met ziekenhuizen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars worden vragenlijsten ontwikkeld om klantervaringen te meten. Menzis wil toe naar korte, generieke vragenlijsten die door de ziekenhuizen worden uitgezet; de Patient Reported Experience Measures (PREM-vragenlijsten). De ervaringen van patiënten worden in de Zorgvinder van Menzis gepubliceerd.

## 5.3. Patiëntveiligheid

Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) is de verankering van patiëntveiligheid in de praktijk. Een VMS is te beschouwen als een systeem om risico's te beheersen. Het voorziet in een strategie, beleid en activiteiten om risico's te inventariseren, te analyseren, te beoordelen en beleid aan te passen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is als toezichthouder verantwoordelijk voor het monitoren van de voortgang van implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen. Menzis volgt nauwgezet het toezicht van de IGZ en verwacht van zorgaanbieders dat problemen rondom de implementatie tijdig aan Menzis worden gecommuniceerd. Zorginstellingen die met Menzis een contract willen sluiten dienen over een geaccrediteerd veiligheidsmanagementsysteem te beschikken.

## 5.4. Toegankelijkheid

De wachttijden bij sommige aanbieders binnen de MSZ zijn te lang en overschrijden de Treeknorm. De Treeknormen zijn door zorgaanbieders en verzekeraars geformuleerd als zijnde de streefnormen waarbinnen verzekerden de zorg (waarop zij recht hebben) dienen te krijgen. De Treeknormen hebben betrekking op zowel de tijd die het kost om toegang te krijgen tot de zorgaanbieder (toegangstijd) als de tijd om de zorg te verkrijgen (wachttijd). Met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg hanteert Menzis de Treeknormen als minimale eis. Daar waar de Treeknorm wordt overschreden verwachten wij dat zorgaanbieders dit actief doorgeven aan de zorginkoper van Menzis. Vervolgens gaan wij hierover in gesprek gaan om tot structurele oplossingen te komen.

## 6. Controle op zorgkosten (integriteit)

We hechten zeer aan transparante zorgkosten en het verminderen van declaratiefouten. Integriteit is voor alle partijen in de zorg een belangrijk punt. De hele zorgsector heeft een verantwoordelijkheid om integer en transparant te handelen en daarvoor haar verantwoording af te leggen. Ook Menzis neemt hierin haar verantwoordelijkheid.

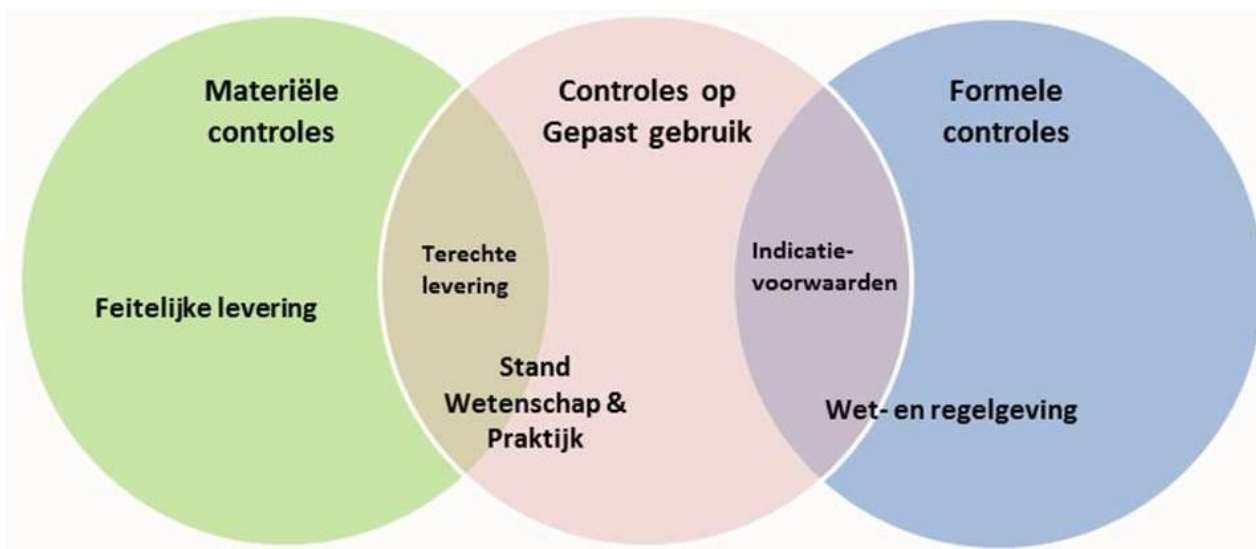
In 2017 blijft Menzis aandacht houden voor het correct declareren van zorg door bijvoorbeeld controles tijdiger uit te voeren en gemaakte afspraken beter te controleren. Ook gaan we meer gebruik maken van data-analyses zodat we onregelmatigheden tijdiger kunnen opsporen. Daarnaast gaan we door met de volgende activiteiten:

### 6.1. Formele controle, materiële controle en controle op gepast gebruik

Menzis voert controles uit op basis van een jaarlijks controleplan. Het doel van de controles is om te bepalen of zorgkosten doel- en/of rechtmatig zijn gedeclareerd. Het gaat er hierbij om, om vast te stellen of zorgkosten conform wettelijke, contractuele of polis-(indicatie)voorwaarden rechtmatig zijn vergoed. Indien nodig worden declaraties gecorrigeerd, danwel teruggevorderd conform de met de zorgaanbieder overeengekomen correctietermijn. Afhankelijk van de algemene- en specifieke risicoanalyse zet Menzis voor de controles één of meerdere van de volgende controle-instrumenten in:

- Statistisch analyse en risicoanalyse;
- AO/IC verklaring en bestuursverklaring zorgaanbieders;
- Verbandscontroles;
- Verzekerdenenquête.

*Afbeelding: overzicht formele controle, materiële controle en gepast gebruik.*





## 6.2. Convenant gezamenlijke aanpak controles Medisch Specialistische Zorg

In kalenderjaar 2015 is het convenant gesloten tussen de NVZ, NFU en ZN. Hierin zijn de uitgangspunten voor de controlejaren 2014 tot en met 2016 vastgelegd. Ook is aangegeven voor controlejaar 2016 te onderzoeken op welke wijze horizontaal toezicht een rol gaat spelen. De handreikingen 2014 – 2016 betreffen de belangrijkste rechtmatigheidscontroles MSZ.

## 6.3. Horizontaal toezicht: samenwerken vanuit vertrouwen

Een zorgverzekeraar heeft onder andere als taak om de zorg betaalbaar te houden. Vanuit deze rol voert Menzis controles uit op declaraties die worden verstuurd door zorginstellingen. Dit zijn controles op bijvoorbeeld prijs en wet- en regelgeving, maar er wordt ook gecontroleerd ‘of de geleverde zorg wel nodig was’ en ‘niet onnodig duur’.

In 2014 is Menzis gestart met een nieuw initiatief: Horizontaal Toezicht. Dit houdt in dat zorginstellingen zelf meer van bovengenoemde controles uitvoeren op declaraties, voordat deze worden verstuurd. Menzis hoeft dan achteraf minder controles én minder herstelwerkzaamheden uit te voeren. Hierdoor neemt de bureaucratie af en is er eerder inzicht in de zorgkosten. Een verzekerde van Menzis krijgt dan sneller een nota, die ook in één keer goed is.

Diverse zorgverzekeraars zijn ondertussen pilots gestart met zorginstellingen vanuit de MSZ en GGZ. Momenteel wordt er nadrukkelijk samen gewerkt tussen deze pilots en met koepelorganisaties om te komen tot één visie op Horizontaal Toezicht in de branche. Menzis zal dit initiatief vanaf het realiseren van een landelijke visie met meer strategische partners gaan inzetten.



## 7. Thematische aandachtspunten

Menzis heeft naast beleidsspeerpunten ook een aantal thema's benoemd waar we samen met u in 2017 mee aan de slag willen. Enerzijds, omdat we geloven dat we samen met u de zorg nog verder kunnen verbeteren. Anderzijds, vanwege wetwijzigingen. Hieronder zijn de thema's op een rij gezet.

### 7.1. Ambulancezorg

Menzis steunt de verlenging van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) tot en met 2019. Menzis is net als de Minister van VWS van mening dat er veel ontwikkelingen plaatsvinden in de keten waarin de ambulancezorg opereert, zoals de concentratie van acute zorg en de inrichting van de Landelijke meldkamerorganisatie. De zorgverzekeraars vinden daarom dat de tijd nog niet rijp is voor een definitieve ordening van de ambulancezorg. De zorgverzekeraars roepen minister Schippers wel op om aan de regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) en zorgverzekeraars duidelijk te maken op welke manier zij de komende twee jaar gaat werken aan de structurele ordeningswetgeving van de ambulancezorg. Ook blijft het van groot belang dat de RAV's stappen blijven zetten in het vergroten van transparantie over de kwaliteit van de ambulancezorg.

### 7.2. Audiologische hulp

In 2017 continueert Menzis in grote lijnen het inkoopbeleid dat we vanaf 2015 in gang hebben gezet. Nieuw ten opzichte van

voorgaande jaren is de nauwere samenwerking met de branche. We gaan gehoor geven aan de uitnodiging van diverse audiologische centra om samen te kijken naar de effectiviteit van specifieke interventies. Ook in samenhang met de ontwikkelingen in de Zintuiglijke Gehandicaptenzorg en Hulpmiddelenzorg. Wij zijn voornemens om samen met de audiologische centra de behandelresultaten zichtbaar te maken en de mogelijkheid te verkennen om in te kopen op uitkomsten.

Het inkoopbeleid 2017 dat specifiek gaat gelden voor audiologische hulp kunt u op onze [website](#) lezen.

### 7.3. Bevolkingsonderzoek darmkanker

In januari 2014 zijn de eerste uitnodigingen voor het bevolkingsonderzoek darmkanker verstuurd. Daarmee is de landelijke invoering van dit nieuwe bevolkingsonderzoek formeel en geleidelijk van start gegaan. In 2017 is de verwachting dat bijna 2 miljoen mensen een uitnodiging ontvangen voor deelname aan dit onderzoek. Net als voorgaande jaren koopt Menzis de coloscopieën niet standaard in bij alle zorgaanbieders die door het RIVM zijn aangewezen. Naast toekenning door het RIVM, vindt Menzis ook de geoffreerde prijs voor de coloscopieën van belang. Tevens speelt bij de beoordeling door Menzis eventueel vervolgonderzoek na de coloscopie een belangrijke rol.

#### 7.4. Claudicatio intermittens (gesuperviseerde looptraining) (nieuw t.o.v. versie 1 april 2016)

Voor mensen die lijden aan arterieel vaatlijden (etalagebenen) komt fysiotherapie in de Basisverzekering. ZiNL concludeerde in maart 2016 dat oefentherapie onder begeleiding (voldoende) effectief is in de 2e fase en in de meeste gevallen de voorkeur heeft boven vaatchirurgie. Voor deze groep patiënten bestaat vanaf 2017 aanspraak op 37 behandelingen verspreid over een jaar, daarbij worden ook de eerste 20 behandelingen vergoed vanuit de Basisverzekering.

Menzis gaat deze paramedisch zorg inkopen bij zorgaanbieders die bij voorkeur zijn aangesloten bij [claudicationet](#). Dit is het landelijke netwerk voor looptherapie. Menzis koopt deze zorg in via de zorgaanspraak eerstelijns fysiotherapie/oefentherapie en niet via DBC Zorgproducten. Het zorginkoopbeleid paramedische zorg kunt u lezen op [onze website](#).

#### 7.5. Diagnostiek (aangepast t.o.v. versie 1 april 2016)

Diagnostiek bestaat uit eerstelijnsdiagnostiek en tweedelijnsdiagnostiek, waarbij de aanvrager en niet de aanbieder het onderscheid vormt. Diagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek, beeldvorming en functieonderzoek. Trombosezorg is een vierde categorie.

#### *Tweedelijnsdiagnostiek*

De kosten van tweedelijnsdiagnostiek zijn versleuteld in DBC-Zorgproducten. Binnen de overeenkomst MSZ worden hierover afspraken gemaakt.

*Eerstelijnsdiagnostiek:* er gaat per 01-01-2017 iets veranderen.

Eerstelijns diagnostiek (Eld) wordt als overige zorgproduct (OZP) binnen de overeenkomst MSZ afgesproken. Eld speelt een belangrijke rol in het realiseren van substitutie van de tweede naar de eerstelijns. Voor 2017 wil Menzis de omvang van ingekochte eerstelijnsdiagnostiek in de 1e lijn nog beter afstemmen op de ingekochte eerstelijnsdiagnostiek in de ziekenhuizen. Daarnaast zullen we inzetten op een scherpe prijsstelling van eerstelijnsdiagnostiek in ziekenhuizen. Ook willen we onnodige en dubbele diagnostiek voorkomen.

Om verbeteringen in kwaliteit, volume en prijs te bewerkstelligen, hebben we een differentiatie in ons inkoopbeleid aangebracht. Dit betekent dat we onderscheid maken tussen aanbieders die aan al onze criteria op het gebied van kwaliteit, volume en prijs voldoen (de voorkeursaanbieders) en aanbieders die daar (nog) niet volledig aan voldoen. De specificaties en voorwaarden om voorkeursaanbieder te worden zijn nu bekend en kunt u nalezen in het [Zorginkoopbeleid Eerstelijns Diagnostiek & Trombosezorg 2017](#).



## 7.6. Dialysezorg

Nierdialyse is voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie die moeten gaan dialyseren een zeer ingrijpende behandeling. We vinden het belangrijk dat patiënten zo goed mogelijk geïnformeerd worden over de manieren waarop dialyse kan plaatsvinden, zodat zij een overwogen keuze kunnen maken die aansluit bij de persoonlijke voorkeur. Op dit moment vindt het merendeel van de dialyses nog plaats in een dialysecentrum, ziekenhuis of (beperkt) ZBC. Van de mogelijkheid tot thuisdialyse wordt op dit moment nog onvoldoende gebruik gemaakt.

Menzis ziet graag dat het aantal patiënten dat kiest voor thuisdialyse in 2017 toeneemt. Samen met partners betrokken bij de dialysezorg wil Menzis dit doel bereiken. Tevens stellen we uniforme kwaliteitseisen op en streven we naar aanvaardbare en reële behandelkosten voor de diverse aanbieders van dialysezorg.

## 7.7. Doelmatig voorschrijven

Voor ziekenhuizen in onze regio maken we ook in 2017 weer afspraken over doelmatig voorschrijven van extramurale middelen (op de polikliniek of voor patiënten die met ontslag gaan).

## 7.8. Dure geneesmiddelen (aangepast t.o.v. versie 1 april 2016)

Menzis hecht grote waarde aan de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen voor al haar verzekerden. De uitgaven aan dure geneesmiddelen stijgen naar verhouding sterker dan de afgesproken maximale groei voor de totale zorgkosten medisch specialistische zorg. Om de dure geneesmiddelen beschikbaar te houden binnen de kaders van het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg, is het nodig dat alle stakeholders zich solidair inzetten voor 'duur waar het moet, goedkoop waar het kan.'

Bij de inkoop 2017 wordt het beleid dure geneesmiddelen dat in 2016 is ingezet, gehandhaafd en verder doorontwikkeld. Dure geneesmiddelen worden als apart onderdeel in de inkoop uitgewerkt, gebaseerd op het verwachte volume (bij doelmatig gebruik) en een reële prijs. Middelen die extreem duur zijn of middelen die (relatief) nieuw zijn, zullen aan het ziekenhuis worden nagecalculeerd. Hiervoor wordt vooraf een voorziening getroffen die is gebaseerd op een 'pijplijn-overzicht.' Voor middelen die al langer op de markt zijn, en waarvoor veelal verschillende (therapeutische) alternatieven zijn, wordt een afspraak gemaakt binnen het totale zorgplafond. Hierbij wordt gerekend met veelal lagere prijzen dan de NZa-max prijzen. Over geneesmiddelen die in de loop van het jaar voor patiënten beschikbaar komen, worden gedurende het jaar aanvullende afspraken gemaakt.

Zinnig en doelmatig gebruik wordt voor alle geneesmiddelen aantoonbaar geborgd door:

- ✓ Informatie over dure geneesmiddelen wordt gedeeld tussen de ziekenhuizen en Menzis. Transparantie over het verbruik en prognose van gebruik van dure geneesmiddelen het komende jaar, is essentieel;
- ✓ Bij keuze uit verschillende middelen met vergelijkbare effectiviteit en veiligheid (zoals bij biosimilars) dient een keuze gemaakt te worden op basis van de goedkoopste prijs; waarbij uitgangspunt is dat inkoopkorting ten gunste van de verzekerde moet komen;
- ✓ Zinnige inzet van dure geneesmiddelen wordt door het ziekenhuis geborgd. Belangrijke aspecten zijn: gebruik geneesmiddelencommissie/multidisciplinair overleg, expertise, start/stop criteria, spillagereductie, begeleiding patiënten.
- ✓ Daar waar mogelijk, dient gebruik gemaakt te worden van vooraf testen zodat het juiste middel/en/of de juiste dosering voor de patiënt vooraf bepaald kan worden;
- ✓ Reductie van spillage van geneesmiddelen. Spillage kan bijvoorbeeld worden tegen gegaan door de wijze van bereiden of door de hoeveelheid af te leveren medicatie. We verwachten van een ziekenhuis een spillagebeleid en spillageregistratie die opgevraagd kunnen worden.

Menzis onderzoekt de mogelijkheid om samen met andere zorgverzekeraars één of meerdere dure geneesmiddelen in te kopen. Dit gebeurt binnen de geldende wet- en regelgeving en in aanvulling

op het prijsbeleid van VWS. Hierbij is samenwerking met de beroepsgroep essentieel.

Per 1 januari 2017 zal een nieuwe declaratiestandaard voor add-on geneesmiddelen worden geïntroduceerd. Impact van de implementatie op met name het prijsbeleid is groot en wordt nader uitgewerkt. Doel van de nieuwe wijze van declaratie is dat deze bijdraagt aan verdere transparantie en de doelmatige inzet van dure geneesmiddelen ondersteunt.

Doelmatige inzet van dure geneesmiddelen is van belang:

- Aantoonbaar doelmatig gebruik van dure geneesmiddelen is een voorwaarde bij de inkoop. Doelmatig gebruik van dure middelen wordt onderzocht aan de hand van analyse van praktijkvariatie. Spiegelinformatie wordt met de ziekenhuizen gedeeld;
- Geneesmiddelen worden door Menzis ingekocht in ziekenhuizen waar voldoende expertise is (of voor nieuwe middelen: kan worden verwacht) met de behandeling. Dit geldt zowel voor dure geneesmiddelen als weesgeneesmiddelen. Menzis baseert zich bij de inkoop in principe op de adviezen van de beroepsgroep. Bijvoorbeeld: middelen gebruikt bij de behandeling van melanoom worden uitsluitend ingekocht in een landelijk erkend melanoomcentrum;
- Medicatieveiligheid en patiëntenzorg zijn essentiële randvoorwaarden bij het gebruik van (dure) geneesmiddelen. Alle medicatie wordt elektronisch voorgeschreven. Verzekerden moeten kunnen rekenen op specialistische farmaceutische zorg

van voldoende kwaliteit. Voorafgaand aan alle toedieningen of afleveringen vindt doseringscontrole en medicatiebewaking plaats op basis van een volledig actueel medicatie-overzicht. De transmurale overdracht is georganiseerd volgens de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens. Ook de farmaceutische zorg rondom de extramuraal gebruikte (overgehevelde) geneesmiddelen maakt integraal onderdeel uit van de inkoop bij ziekenhuizen. Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor goede begeleiding van patiënten bij het gebruik van hun geneesmiddel(en).

### 7.9. Eerstelijns Verblijf (ELV) in de Zorgverzekeringswet

Tot 1 januari 2015 bood de AWBZ faciliteiten voor kortdurend verblijf. Dit kortdurend verblijf kende onder de AWBZ verschillende vormen. We noemen een aantal: crisisbedden, spoedzorg, herstellzorg, palliatief en terminale zorg, observatiebedden.

Met het vervallen van de AWBZ is dit kortdurende verblijf onder de aanspraak Zorgverzekeringswet (Zvw) gekomen, vervat onder de naam 'eerstelijns verblijf' (ELV). In ELV wordt kortdurend geneeskundige en verpleegkundige zorg geboden, met als doel terugkeer naar de thuissituatie. Daarnaast valt onder ELV ook het verblijf van patiënten die in de terminale levensfase zijn gekomen en waarbij de palliatief terminale zorg thuis niet (meer) afdoende kan worden gerealiseerd.

De subsidieregeling waarmee het 'eerstelijnsverblijf' nu wordt gefinancierd eindigt op 31 december 2016. Per 01-01-2017 wordt ELV ingekocht door zorgverzekeraars. Dit heeft gevolgen voor de rol van transferbureaus die de vervolgzorg na (ziekenhuis)opname regelen. Ook heeft een en ander gevolgen voor andere zorgdomeinen zoals de inkoop van verblijf zoals medisch specialisten die plegen te bieden, geriatrische revalidatiezorg, Jeugdwet, respijtzorg, verblijf binnen de WLZ, zorghotels, hospice.

Op het moment van schrijven van dit beleidsdocument zijn de beleidsregels nog niet bekend. Zodra er duidelijkheid is, publiceert Menzis op haar [website](#) het beleid en de voorwaarden om voor een overeenkomst eerstelijns verblijf in aanmerking te komen.

### 7.10. Geboortezorg (aangepast t.o.v. versie 1 april 2016)

Het Ministerie van VWS streeft naar integrale geboortezorg om de kwaliteit van deze zorg te verhogen. In de multidisciplinaire keten kan de huidige financieringsmethodiek zorgen voor obstakels om samenwerking in de keten mogelijk te maken. Om deze samenwerking te bespoedigen heeft het ministerie het voornemen om in 2017 integrale bekostiging in te voeren. Uitgangspunt hierbij is een zo integraal mogelijk tarief, waardoor eventuele obstakels om te komen tot samenwerking binnen de geboortezorgketen, worden weggenomen.

Menzis wil met de regio's waar sprake is van integrale bekostiging van geboortezorg afspraken maken. De afspraken met de ziekenhuizen zullen geschoond worden vanaf 2017 voor het deel dat overgaat naar de integrale geboortezorg-organisatie. De voorwaarden die gelden wanneer een regio afspraken wil maken voor integrale bekostiging, staan gepubliceerd in het ['Zorginkoopbeleid geboortezorg 2017.'](#) Voor de aanbieders die niet overgaan naar integrale geboortezorg per 1 januari 2017, zal de huidige financiering blijven.

### 7.11. Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)

Geriatrische Revalidatiezorg omvat de integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde (SOG) die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de

thuisituatie mogelijk is. In 2017 continueert Menzis in grote lijnen het [inkoopbeleid voor geriatrische revalidatiezorg uit 2016](#).

Nieuw ten opzichte van voorgaande jaren is de ontwikkeling dat het Eerstelijns Verblijf (ELV) per 1 januari 2017 ingekocht gaat worden door zorgverzekeraars. Dit heeft onder andere gevolgen voor de inkoop van GRZ. Meer informatie hierover heeft u kunnen lezen in paragraaf 7.9. Eerstelijnsverblijf in de Zvw.

### 7.12. Mechanische beademing

Op 17 december 2015 heeft ZiNL het rapport '[Handreiking chronische beademingszorg](#)' gepubliceerd. Menzis volgt de ontwikkelingen op het gebied van de chronische beademingszorg met belangstelling. Per 2017 wordt het zorginkoopbeleid niet aangepast.

### 7.13. Medisch Specialistische Revalidatiezorg (MSRZ)

In 2017 continueert Menzis in grote lijnen het inkoopbeleid [Medisch Specialistische Revalidatiezorg 2016](#). De uitgangspunten zoals die voor 2016 gelden, gaan we in 2017 voortzetten.

Nieuw ten opzichte van 2016 is de samenwerking met Revalidatie Nederland (RN). Wij zijn voornemens om samen met RN behandelresultaten zichtbaar te maken en de mogelijkheid te verkennen om in te kopen op uitkomsten. Daarnaast gaan we zoals aangegeven in het ZiNL rapport '[Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden](#)' gehoor geven aan het advies om samen met de beroepsgroep, de patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars zorg te dragen om richtlijnen en protocollen te

actualiseren en tripartiet aan te bieden aan het register van het Zorginstituut. Aanleiding voor het verschijnen van dit rapport is het verschil in interpretatie over de definitie van medisch specialistische revalidatiezorg. Er is behoefte aan informatie over de effectiviteit van specifieke interventies en aan beter en begrijpelijker informatie aan patiënten (onze klanten). Daarnaast zijn er ontwikkelingen op het gebied van eerstelijns verblijf in de Zvw. Deze ontwikkelingen raken ook het verblijf zoals medisch specialisten die plegen te bieden (en dus ook de MSRZ). Zie voor meer informatie hierover paragraaf 7.8 Eerstelijns verblijf in de Zvw.

Het inkoopbeleid 2017 dat specifiek geldt voor medisch specialistische revalidatie kunt u nalezen op onze [website](#).



### 7.14. Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT)

De MSVT en de wijkverpleegkundige zorg zijn -binnen de Basisverzekering- onderdeel van zorgaanspraak 'Verpleging en Verzorging.' Tot 2016 kocht Menzis de wijkverpleegkundige zorg en MSVT via aparte overeenkomsten in bij thuiszorgorganisaties. Vanaf 2017 gaan we de inkoop bundelen. Dit betekent dat we de inkoop van wijkverpleegkundige zorg en de MSVT anders gaan organiseren. U heeft voor contractjaar 2017 met één inkoopteam te maken voor het maken van afspraken over de Wijkverpleegkundige zorg en



MSVT. Meer informatie over het inkoopbeleid, planning en procedure kunt u nalezen op onze [website](#).

#### 7.15. Plastische chirurgie (aangepast t.o.v. versie 1 april 2016)

[De minister van VWS heeft op 20 mei 2016 bekend gemaakt](#) dat de aanspraak plastische chirurgie per 1 januari 2017 wordt uitgebreid. De volgende ingrepen worden opgenomen in de Basisverzekering:

- Borstvergroting bij agenesie of aplasie van de borst;
- Ooglidcorrectie bij ernstige en objectiveerbare gezichtsveldbeperking;
- Circumcisie om medische redenen.

Menzis gaat deze zorg inkopen bij instellingen voor medisch specialistische zorg (IMSZ). Deze instellingen zijn in het bezit van een [WTZi-toelating](#)

In het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat medische specialisten meer aandacht gaan besteden aan gepast gebruik van zorg. Op basis van deze afspraak heeft Menzis er vertrouwen in dat hiernaar wordt gehandeld. Dit betekent dat wij voor de hiervoor genoemde drie ingrepen voor 2017 geen machtigingseis als voorwaarde gaan stellen.

#### 7.16. Psychosociale (na) zorg bij ernstige somatische aandoeningen

In opdracht van de Minister van VWS is een werkgroep ingesteld rond de organisatie en bekostiging van [psychosociale zorg bij somatische aandoeningen](#). Onder psychosociale nazorg wordt verstaan 'het psychosociale natraject van een in opzet curatieve of palliatieve somatische behandeling'. Deze nazorg is, zolang het somatische behandeltraject nog niet is beëindigd, een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de medisch specialist (somatisch) en de huisarts. Goede psychosociale zorg voor patiënten die te maken krijgen met ingrijpende somatische aandoeningen zoals bijvoorbeeld kanker, is van groot belang. Hoe dat voor de individuele patiënt concreet wordt ingevuld, blijkt van verschillende factoren af te hangen: de fase van de ziekte, waar en door wie hij/zij wordt behandeld of de mogelijkheden van vergoeding. Het streven is om samen met de betrokken partijen in de zorg in 2017 duidelijkheid te bieden welke zorg op welke plaats tegen welke financiering wordt vergoed.

#### 7.17. Spoedzorg

Menzis is van mening dat mensen met een eenvoudige spoedvraag zo veel mogelijk door de huisarts of de huisartsenpost (HAP) worden gediagnosticeerd en behandeld. Eén loket waar de patiënt, na triage, bij de juiste behandelaar terecht komt. Verdergaande integratie van HAP en SEH ziet Menzis daarom als één van de noodzakelijke speerpunten in het beleid voor 2017.

We zien verder uit naar de vaststelling van het [Kwaliteitskader Spoedzorg](#) door het Zorginstituut Nederland, eind 2016. Het kwaliteitskader biedt partijen in de spoedzorgketen handvatten om de kwaliteit van de complexe spoedzorg te verbeteren. Dat is uiteindelijk in het belang van de verzekerde en de patiënt: door inzicht in de uitkomsten van de verleende zorg kunnen zij profiteren van de verbeteringen in de spoedzorgketen. Wel vinden de zorgverzekeraars dat binnen het Kwaliteitskader Spoedzorg veel meer focus moet zijn op uitkomstindicatoren dan op proces- en stuurindicatoren.

### 7.18. Vervolg zorg na (ziekenhuis)opname (transferproces)

Voor de patiëntveiligheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van zorg, is het belangrijk dat de overdracht van patiënten(informatie) tussen verschillende zorgverleners consequent en goed gebeurt. Er liggen mogelijkheden dit te verbeteren. Daarom wil Menzis in 2017 hiervoor (nog meer) aandacht vragen. Zo willen wij aandacht voor een duidelijk omschreven ontslagprocedure en nazorgtraject. Uitgangspunt van het beleid is dat het ontslag pas in gang is gezet nadat de overdracht van zorg en behandeling met de opvolgend zorgverlener en mantelzorger is afgestemd.

In de ontslagprocedure is daarom geregeld:

- ✓ Hoe vanuit het ziekenhuis/verpleeghuis/revalidatie instelling een soepele overdracht naar de thuissituatie gefaciliteerd wordt en de noodzakelijke zorg en ondersteuning in de thuissituatie

(inclusief verpleeghuis, geriatrische revalidatiezorg etc.) in kaart wordt gebracht;

- ✓ Hoe gecontroleerd wordt of de zorg in de thuissituatie is geregeld en of de mantelzorger en huisarts zijn geïnformeerd (inclusief het beantwoorden van de verwijsvraag), alvorens tot ontslag wordt overgegaan;
- ✓ Dat op de dag van ontslag een (kort) schriftelijk bericht aan de opvolgend zorgverlener wordt gestuurd met daarin de naam en intercollegiaal telefoonnummer van de medisch specialist die in het ziekenhuis aanspreekpunt is;
- ✓ Dat bij de overdracht een actueel medicatieoverzicht conform de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens zo snel als nodig voor verantwoorde zorg, maar zeker binnen 24 uur beschikbaar is;
- ✓ Dat de schriftelijke medische overdracht rekening houdt met algemene en specifieke risico's voor bijvoorbeeld kwetsbare ouderen die veel voorkomen bij overdrachtssituaties (o.a. valrisico en medicatie, delier);
- ✓ Dat de verpleegkundige overdracht de volgende informatie bevat:
  - Verleende zorg;
  - Aan wie en door wie de zorg wordt overgedragen;
  - De actuele ondersteuningsvragen en de beoogde doelen;
  - De met de patiënt/mantelzorger gemaakte afspraken en bij wie ze terecht kunnen.

- ✓ Dat ten behoeve van de continuïteit van zorg voor de patiënt (voorlopige) medische en verpleegkundige overdracht zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 24 uur bij de opvolgende zorgverlener(s) is;
- ✓ Dat vanuit de instelling afspraken zijn gemaakt in welke gevallen en wie de patiënt binnen 2 dagen na ontslag in de thuissituatie bezoekt.

#### *Regionale samenwerkingsafspraken*

In onze kernregio's dienen ziekenhuizen regionaal ketenafspraken gemaakt te hebben en deel te nemen aan een multidisciplinaire overlegstructuur. In deze structuur worden ten minste (werk)afspraken gemaakt over wachttijden, over triage, over informatievoorziening tussen ketenpartners, over casuïstiek én er wordt informatie uitgewisseld over de inhoud en borging van de zorgpaden per doelgroep. De verschillende deelnemende partijen die zich aan die ketenafspraken gecommitteerd hebben - ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, huisartsen en thuiszorg – staan in de werkaafspraken genoemd. Deze ketenafspraken dragen bij aan de kwaliteit van de zorg. Wij verwachten dat deze werkaafspraken in een regionaal convenant tussen partijen zijn vastgelegd. Dit convenant wordt op aanvraag aangeleverd bij Menzis.

### 7.19. Zorg voor kwetsbare ouderen

Ongeveer zeventig procent van de ziekenhuispatiënten zijn ouderen. Tussen de 15% en 50% gaat er door een ziekenhuisopname

functioneel op achteruit. Dit zijn tussen de 50.000 en 165.000 ouderen per jaar.

Daarnaast worden jaarlijks in Nederland 19.000 patiënten opgenomen in het ziekenhuis voor een aanleiding die eigenlijk voorkomen had kunnen worden. Veelal zijn dit onnodige heropnames voor ouderen (bron: KNMG 2010; Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. De komende jaren willen we de ouderenzorg samen met zorgaanbieders kwalitatief verbeteren. In onze zorgcontracten gaan we hiervoor aandacht vragen. Hierbij moet u denken aan:

- Screening op geriatrische problemen (door ziekenhuizen);
- Duidelijk omschreven ontslagprocedure en nazorgtraject (door ziekenhuizen en verpleeghuizen).

De zorg voor kwetsbare ouderen hangt samen met het inkoopbeleid van huisartsenzorg, eerstelijns verblijf, verpleging en verzorging en farmaceutische zorg. Meer informatie hierover kunt u raadplegen op onze [website](#).



## 7.20. Inkoop van zorg bij ZBC's (aangepast t.o.v. versie 1 april 2016)

Ook in 2017 is Menzis voornemens om voor medisch specialistische zorg een eenduidig beleid voor alle contractpartijen uit te voeren ongeacht de juridische entiteit van de zorgaanbieder. Dit betekent dat zowel voor ZBC's, zelfstandige instellingen/categorale instellingen en ziekenhuizen zoveel mogelijk dezelfde kwaliteitseisen gaan gelden.

ZBC's blijven een bijzondere positie innemen in het zorglandschap. Zij richten zich immers vaak op een gespecialiseerd zorgaanbod in een afzonderlijke setting en het betreft veelal planbare zorg. Het uitgangspunt is dat de ZBC's hun toegevoegde waarde in het zorglandschap en de regio aantonen. Dit vanwege het groeiende aanbod en de daarmee gepaarde kosten. Het aantonen van de toegevoegde waarde geldt zowel voor de kwaliteit van de geboden zorg als ook voor de doelmatigheid van zorgkosten per verzekerde. We zullen de ZBC's hierop toetsen en nemen dit punt mee in de onderhandelingen. Meer informatie over de inkoop van zorg bij ZBC's is na te lezen op [onze website](#).



## 8. Financieel beleid

De afgelopen jaren heeft Menzis plafondafspraken en aanneemsommen afgesproken met ziekenhuizen. Een belangrijke reden voor het maken van dit type afspraken waren de jaarlijkse wijzigingen in productstructuur en (recent) de verkorting van de doorlooptijd. Gelet op de hiermee gepaard gaande onzekerheid voor zowel zorgaanbieders als Menzis, boden de plafondafspraken en aanneemsommen enige zekerheid. Binnen de plafondafspraken en aanneemsommen was aandacht voor specifieke ontwikkelingen in prijzen en volumes en voor inhoudelijke onderwerpen zoals praktijkvariatie, dure geneesmiddelen en kwaliteit. De plafondafspraken en aanneemsommen boden echter onvoldoende zicht op de daadwerkelijke zorg die aan Menzis verzekerd wordt geleverd in ziekenhuizen (prijzen, volumes, profielen).

### 8.1. Naar afspraken over prijzen en volumes

Om meer zicht te krijgen op de daadwerkelijke zorg die wordt geleverd, zal Menzis geleidelijk overgaan naar plafondafspraken op basis van prijzen en volumes. Hierbij vormen de kaders van het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg een belangrijk uitgangspunt. Daarnaast houden we rekening met historische, landelijke en regionale ontwikkelingen en vergelijkingen, waarop we vanuit de afspraken 2016 en eerdere jaren, goed zicht hebben.

### 8.2. Focus op prijzen, volumes en speerpunten

Bij het maken van inkoopafspraken op basis van prijzen en volumes geldt, net als nu, dat we kwalitatief goede, voldoende en doelmatige zorg willen inkopen: doelmatige volumes tegen scherpe prijzen. Net als de afgelopen jaren willen we de financiële plafondafpraak 2017 maken inclusief afspraken over een doorleverplicht.

Binnen de financiële inkoopafspraken voor 2017 willen we voor de volgende onderwerpen specifieke afspraken maken:

1. Een deelplafond voor substitutie van zorg op het gebied van DM2, COPD en CVRM naar de 1e lijn. Naast DM2, COPD en CVRM, kunnen – afhankelijk van de regionale situatie - ook andere vormen van zorg gesubstitueerd worden naar de 1e lijn en daarmee onderdeel worden van het deelplafond. Dit houdt concreet in dat we het deel van de DBC-zorgproducten behorende bij DM2, COPD, CVRM en mogelijk andere zorggebieden, dat in het jaar 2016 wordt gesubstitueerd naar de eerste lijn, niet langer contracteren bij de zorgaanbieders die deze zorg voorheen uitvoerden. We hanteren hierbij een deelplafond om te voorkomen dat afname van deze DBC-zorgproducten mogelijk gecompenseerd wordt door toename van andere DBC-zorgproducten.

De vrijkomende gelden benutten we (naast de beoogde besparing) om deze zorg elders in te kopen. Op deze manier willen we aantoonbaar substitutie van zorg en kosten realiseren.

2. Als Menzis op basis van de analyses op prijzen en volumes van de electieve zorg constateert dat er niet of onvoldoende sprake is van doelmatige zorg en/of scherpe prijzen, kunnen we besluiten bepaalde DBC-zorgproducten niet langer te contracteren bij bepaalde zorgaanbieders dan wel hier een maximumvolume aan te verbinden.
3. Binnen de financiële afspraken besteden we specifieke aandacht aan het dossier dure geneesmiddelen. Door het groeiend aandeel van dit dossier in de totale kosten Medisch Specialistische Zorg is het urgent voor zowel ziekenhuizen als Menzis om te sturen op het opstellen van een realistische begroting, op een goede monitoring van de kosten, op doelmatig, gepast gebruik en waar mogelijk inzet van biosimilars of andere alternatieven.

## 9. Voorwaarden contractering (minimumeisen)

Menzis koopt in beginsel zorg in bij alle zorgaanbieders waarmee voor 2016 een overeenkomst is gesloten en waarvan het contract in 2016 niet is ontbonden. Voor alle zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst om medisch specialistische zorg te verlenen aan Menzis verzekerden, gelden dezelfde inkoopvoorwaarden. De voorwaarden kunt u nalezen in bijlage 1.



## 10. Procedures zorginkoop 2017

### 10.1 Tijdsfad

Omdat zorgverzekeraars een wettelijke verplichting hebben om op 19 november 2016 bekend te maken welke inkoopafspraken we hebben gemaakt met de diverse zorgaanbieders, vinden we het belangrijk om onze verzekerden tijdig te kunnen informeren. Daarom starten de inkoopgesprekken vanaf juni 2016. We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2016 af te ronden. Vanaf 19 november a.s. kunnen onze verzekerden via onze [website](#) zien met welke zorgaanbieders we contractafspraken hebben gemaakt. Het tijdsfad van de beleidsontwikkeling en contractering 2017 ziet er als volgt uit:

---

#### *Datum*

1 april 2016	Publicatie kaders inkoopbeleid 2017
1 maart t/m 1 juli 2016	Consultatie zorgaanbieders en patiëntverenigingen
Vanaf 1 juni 2016	Start inkoopgesprekken
1 november 2016	Afronding inhoudelijke overeenstemming, financiële afspraak en zorgovereenkomst
19 november 2016	Publicatie gecontracteerde zorgaanbod op Zorgvinder

Let op: Indien u geen zorgovereenkomst met ons wenst te sluiten, krijgt de verzekerde conform zijn polisvoorwaarden een vergoeding. Het is mogelijk dat de verzekerde dan een lagere vergoeding van kosten krijgt dan de tarieven uit de aangeboden zorgovereenkomst.

### 10.2 Bereikbaarheid

Menzis streeft ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders te ontsluiten via onze [website](#). Actuele informatie en veel gestelde vragen over het inkopen van zorg, declareren en machtigingen kunt u raadplegen op deze website. Uiteraard kunt u uw vragen ook stellen via uw contactpersoon van Menzis (regiomanager/zorginkoper of accountmanager).

Bijlage



# Bijlage 1

## Geschiktheidseisen

Voor 2017 gelden de volgende geschiktheidseisen voor aanbieders van medisch specialistische zorg:

1. De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de zorgaanspraak medisch specialistische zorg (Zvw) valt;
2. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel;
3. De zorgaanbieder beschikt over een formeel vereiste toelating voor de levering van zorg, en voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist;
4. De zorgaanbieder beschikt over een verklaring omtrent gedrag (VOG) voor rechtspersonen (voor zover van toepassing);
5. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi;
6. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist;
7. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Zorgbrede Governancecode ingevoerd (voor zover van toepassing);
8. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is alsmede gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders voor de betreffende zorgsoort geïntegreerd. De zorgaanbieder verantwoordt zich hierover in het jaardocument;
9. De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens aan de zorgverzekeraar;
10. De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacy-beleid;
11. De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling;
12. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis), of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2017 afgesloten.

Zorgverzekeraars dienen ten behoeve van de inzichtelijkheid voor zorgaanbieders, voor ieder kalenderjaar uiterlijk op 1 april voorafgaand aan dat jaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid wat betreft de Zorgverzekeringswet (Zvw) bekend te maken, voor zover dat op dat moment mogelijk is.

Menzis geeft met dit document invulling aan Regeling TH/NR-005 Transparantie zorginkoopproces Zvw van de NZa. Deze regeling ziet op het proces waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot overeenkomsten komen. De regeling beoogt de transparantie van dit proces voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten. Menzis behoudt zich het recht voor om (ook na 1 april) het beleid nader aan te vullen en wijzigingen aan te brengen in dit document en de termijnen/procedures van de zorginkoop. Menzis zal wijzigingen zo tijdig mogelijk bekend maken.

# Zorginkoopbeleid Menzis 2017

Datum	1 juli 2016
Auteur	Menzis
Status	Definitief
Versie	2.0

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