



Zorginkoopbeleid 2018
Medisch Specialistische Zorg

menzis

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3	4. Procedures zorginkoop	20
1.1	Terugblik op de inkoop 2017	3	4.1 Planning	20
1.2	Wettelijke wijzigingen	4	4.2 Algemeen tijdspad	20
			4.3 Bereikbaarheid	20
2.	Visie op Medisch specialistische zorg: speerpunten voor 2018		5. Consultaties	21
2.1	Waardegericht inkopen	5	5.1 Overzicht geconsulteerde partijen	21
2.1.1	Verbeteren van de uitkomsten van zorg	5		
2.1.2	Beheersen van de kosten	7	Bijlage 1 - Uitsluitingsgronden	23
2.1.3	Dure geneesmiddelen	8	Bijlage 2 - Inkoop-eisen paramedie	24
2.2	Samen met en voor onze verzekerden in 2018-2020	11		
2.2.1	Aansluiten op de zorgbehoefte	12		
2.2.2	Vergroten van de leefkracht	15		
2.3	Samen met zorgaanbieders	15		
2.3.1	Samenwerking over een langere periode	16		
2.3.2	Stimuleren van innovatieve zorg	16		
3.	Contracteringsspecificaties	17		
3.1	Inkoop-eisen	17		
3.2	Beleid inzake nieuwe zorgaanbieders en fusies	18		
3.3	Financieel beleid	18		

1. Inleiding

Graag presenteren we u het inkoopbeleid Medisch Specialistische Zorg 2018. Dit beleid vormt de basis voor de contractering in 2018.

Het inkoopbeleid 2018 voor MSZ betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook in 2018 wil Menzis voor MSZ een eenduidig beleid voor alle contractpartijen uitvoeren ongeacht de juridische entiteit van de zorgaanbieder. Dit betekent dat zowel voor zelfstandige klinieken als voor categorale instellingen en ziekenhuizen zoveel mogelijk dezelfde kwaliteitseisen gelden. Op onze [website](#) kunt u onder andere het inkoopbeleid voor eerstelijns diagnostiek, integrale geboortezorg, geestelijke gezondheidszorg en paramedische zorg terug vinden.

Het zorginkoopbeleid van Menzis is er al een paar jaar op gericht om samen met u als zorgaanbieder, de zorg kwalitatief goed, betaalbaar en toegankelijk te houden. De speerpunten voor ons beleid 2018 komen voort uit onze bredere visie op zorg, waarin het toevoegen van waarde aan de zorg het uitgangspunt is. Op onze [website](#) kunt u meer over onze visie op waardegerichte zorginkoop lezen.

Onze initiatieven op het gebied van waardegerichte zorginkoop breiden we uit. Ook benadrukken we in gesprekken en afspraken met zorgaanbieders gepast gebruik van zorg.

Elk jaar willen we onze afspraken met zorgaanbieders weer sneller, beter en duurzamer maken.

Graag gaan we ook in 2018 de samenwerking met u aan!

1.1. Terugblik op zorginkoop 2017

De zorginkoop 2017 MSZ stond in het teken van het optimaliseren van de contractering, onder andere door de focus te leggen op meerjarenafspraken en tijdigheid. De overschrijdingen van de afspraak- en volume ontwikkelingen in 2016 bij een aantal zorgaanbieders hebben het tot stand komen van een tijdige afspraak in een aantal gevallen bemoeilijkt. Desondanks zijn de inkoopgesprekken afgerond. Dit is mede te danken aan het met succes eerder starten van de inkoopgesprekken.

Met een aantal zorgaanbieders hebben we meerjarenovereenkomsten gesloten, bij een kwart van het aantal ziekenhuizen in Nederland is dit het geval. Deze beweging willen we graag doorzetten voor de inkoop 2018. Ook ten aanzien van de eerstelijns diagnostiek (ELD) hebben we goede afspraken met zorgaanbieders gemaakt.

Bij de onderhandelingen voor 2017 zijn met veel zorgaanbieders afspraken gemaakt over verschuiving van zorg, over doelmatigheid en over patiëntveiligheid. In 2018 gaan we verder met het verschuiven van zorg door samen met zorgaanbieders het zorgaanbod in onze kernwerkgebieden te herstructureren. Meer informatie hierover kunt u nalezen in paragraaf 2.1.2.

Een ander veel besproken onderwerp tijdens de inkoopgesprekken is dure geneesmiddelen. Voor 2018 wordt het Menzis beleid Dure Geneesmiddelen (DGM) van de afgelopen jaren gehandhaafd en verder doorontwikkeld. Het DGM beleid 2018 staat weergegeven in paragraaf 2.1.3.

1.2. Wettelijke wijzigingen

Op het moment dat dit inkoopbeleid is opgesteld, zijn nog niet alle wijzigingen in wet- en regelgeving bekend. De verwachting is dat deze 1 mei 2017 bekend zijn. Deze wettelijke wijzigingen nemen we uiteraard mee in onze contractafspraken 2018. Op onze website en via nieuwsbrieven houden we u op de hoogte van de ontwikkelingen.



2. Visie op Medisch Specialistische Zorg: speerpunten voor 2018

2.1. Waardegericht inkopen

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

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

Dat willen we bereiken samen met de zorgaanbieders. Met hen gaan we bij voorkeur over een langere periode samenwerkingsrelaties aan. Dat stelt ons in staat om gezamenlijk vergaande afspraken over kwaliteit te maken en biedt ruimte voor groei op speerpunten. Ook biedt het meer mogelijkheden om zorg dichtbij in de regio te organiseren, innovaties te implementeren en tegelijkertijd de kosten te verminderen. In de volgende hoofdstukken gaan we nader in op deze 3 pijlers en de betekenis ervan voor de MSZ.

2.1.1 Verbeteren van de uitkomsten van zorg

Voor alle – verschillende - vormen van MSZ sluit Menzis aan bij de landelijke medische richtlijnen. Voor enkele vormen van MSZ worden de specifieke contracteringsspecificaties in bijlage 2 nader toegelicht.

Voor Menzis is kwalitatief goede en veilige zorg een voorwaarde die we stellen aan de door zorgaanbieders geleverde zorg. Uit een recent rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijkt dat de risico's in ziekenhuizen verschuiven. De overdracht van medicatie-informatie behoeft aandacht. Te veel ziekenhuizen weten nog steeds niet wanneer en hoeveel medicatie-verificatiegesprekken er worden gevoerd. Verder is meer aandacht nodig voor diagnostiek en coördinatie. Een goede diagnose bepaalt namelijk de kwaliteit en de effectiviteit van alle volgende stappen in een behandeling. In de kwaliteitsgesprekken tussen Menzis en de zorgaanbieder komen deze onderwerpen terug en worden de verbeterpunten en –acties schriftelijk vastgelegd. Bekijk het [volledige rapport van de IGZ](#).

Menzis toont via de Menzis Zorgvinder relevante IGZ maatregelen waarbij zorgen bestaan over de patiëntveiligheid. Daarnaast ontsluit Menzis publieke kwaliteitsinformatie via de Menzis Zorgvinder.

Waardegerichte zorginkoop bij specifieke aandoeningen

We willen specifieke inkoopafspraken over waardegericht inkopen maken met zorgaanbieders van heup- en knie vervangende operaties als gevolg van artrose en met zorgaanbieders van staaroperaties. Tevens willen we met een aantal zorgaanbieders een pilot starten rondom hartzorg. De focus op de uitkomsten van zorg verloopt via verschillende wegen:

- Inzicht in uitkomsten stimuleert zorgaanbieders te leren en te verbeteren en geeft inzichten in waar dit mogelijk is;
- Met transparante uitkomsten van zorg kunnen patiënten een zorgaanbieder kiezen op kwaliteit;
- Met transparante uitkomsten van zorg kan Menzis inkopen op kwaliteit;
- Betere uitkomsten betekenen lagere kosten door minder complicaties, herhaalbehandelingen en ineffectieve behandelingen.

Bij de operationalisering van waardegericht inkopen zal het inkooptraject 2018 voor heup- en knie vervangende operaties als gevolg van artrose en voor staaroperaties aansluiten bij de [Value Based Healthcare principes van Porter](#). We zullen zorgaanbieders van heup- en knie vervangende operaties als gevolg van artrose en van staaroperaties in mei 2017 hierover actief aanvullend informeren.

01

Vergelijken

Aanbieders vergelijken onderling patiënt-relevante uitkomsten en kostendrijvers om te leren van best-in-class met als doel continu te verbeteren. Voor patiëntervaringen, veiligheid en toegankelijkheid wordt ingezet op behoud van goede kwaliteit.



Bundelen

Aanbieders nemen verantwoordelijkheid voor het hele zorgproces als het goed gaat, maar ook voor complicaties en heropnames. Dit geldt binnen en buiten de muren van de zorgaanbieders.

02

03

Waarderen

Verzekeraar en aanbieder werken samen op basis van vertrouwen aan effectieve en doelmatige zorg op de juiste plek. Menzis waardeert uitkomsten van zorg per euro, adviseert verzekerden te kiezen voor deze aanbieders en laat daarbij het volumeplafond los.



2.1.2 Beheersen van de kosten

Menzis past verschillende mogelijkheden toe om de kosten van de zorg te beheersen. Achtereenvolgens lichten we hieronder de verschuiving van zorg en het beleid ten aanzien van patiënten met Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS) toe. In paragraaf 2.1.3 e.v. gaan we nader in op onderwerpen zoals dure geneesmiddelen en doelmatig voorschrijven.

- *Verschuiving van zorg*

Het huidige aanbod van zorg sluit niet goed meer aan op de groeiende zorgvraag van ouderen en mensen met chronische ziekten. Zij gaan vaak naar het ziekenhuis voor zorg die eigenlijk ook door een zorgaanbieder uit de eerste lijn kan worden geleverd. Partijen in de zorg zijn het er dan ook over eens dat de zorg dichterbij en rondom de patiënt georganiseerd moet worden. Door bepaalde zorg in de eerste lijn goed te organiseren, wordt voorkomen dat de verzekerde naar het ziekenhuis wordt verwezen.

Daarnaast wordt zorg verschoven tussen ziekenhuizen, categorale instellingen en zelfstandige klinieken. Voor 2018 gaat Menzis verder op de ingeslagen weg. Menzis vindt afspraken over verschuiving van zorg van belang waarbij financiële afspraken worden vastgelegd over de verschuiving tussen zorgaanbieders. Dit onderwerp zal in het nieuwe hoofdlijnen akkoord meer taakstellend aan bod komen. Deze concretisering neemt Menzis mee in de inkoopgesprekken met zorgaanbieders.

- *Obstructief Slaap Apneu Syndroom*

Patiënten met OSAS lopen dikwijls enkele jaren rond met klachten, voordat aan de diagnose OSAS wordt gedacht en gericht onderzoek wordt ingezet om dit vermoeden te bevestigen. Tegelijkertijd gaat OSAS vaak gepaard met co-morbiditeit zoals een hoge bloeddruk, een te hoog cholesterol, overgewicht, hart- en vaatziekten, suikerziekte en depressie/ burn-out/ overspannenheid. Deze co-morbiditeit leidt tot een hogere zorgconsumptie per patiënt en een stijging van de zorg- en maatschappelijke kosten. Vroegtijdige opsporing kan een verbeterde kwaliteit van leven van de patiënt geven en mogelijk een verlaging van de zorgkosten teweeg brengen.

In de afgelopen jaren is het aantal patiënten dat met OSAS is gediagnosticeerd toegenomen, wat waarschijnlijk voor een deel het gevolg is van de aandacht voor de aandoening, maar ook van een toename in het aantal slaapklinieken in Nederland. Desondanks gaat het veld ervan uit dat er nog een grote groep ongediagnosticeerde patiënten is, terwijl daarnaast sprake is van over-diagnostiek en -behandeling. Bij de behandeling van patiënten met OSAS wordt vaak de keuze gemaakt voor een CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) apparaat, terwijl leefstijladviezen en positietraining ook effectief kunnen zijn, waarvan de kosten lager zijn.

Menzis is van mening dat iedereen de juiste zorg op de juiste plaats moet kunnen krijgen. Het Zorginstituut Nederland (ZiNL) geeft in een recent rapport aan dat niet het gehele zorgtraject voor patiënten met OSAS bij alle klinieken hetzelfde is en dat de verschillen niet altijd te verklaren zijn. Ook binnen de beroepsgroepen die betrokken

zijn bij deze diagnose, is men van mening dat de huidige richtlijn niet afdoende is. Voor de zomer 2017 verschijnt een nieuwe consensus over de diagnostiek en behandeling van OSAS. Menzis wil in 2018 op basis van deze consensus de bestaande praktijkvariatie tussen klinieken ten aanzien van de toegepaste diagnostische middelen en uitgevoerde behandelingen bespreken om deze praktijkvariatie terug te dringen. Hierbij worden ook de geldende tariefverschillen beoordeeld. Op deze wijze wil Menzis goede diagnostiek en behandeling voor alle verzekerden met (een verdenking op) OSAS mogelijk maken.

2.1.3 Dure geneesmiddelen

De inzet van dure geneesmiddelen (DGM) is een belangrijk onderdeel binnen de MSZ. Door nieuwe geneesmiddelen en indicaties ontstaan behandelopties die kunnen bijdragen aan een betere kwaliteit en duur van het leven van een patiënt. Tegelijkertijd stijgen door nieuwe middelen, indicatie-uitbreidingen en toenemend gebruik van combinatietherapieën, de uitgaven aan DGM naar verhouding sterker dan de afgesproken maximale groei voor de totale zorgkosten MSZ. Menzis hecht grote waarde aan de toegankelijkheid van DGM voor al haar verzekerden voor wie deze middelen nodig en gewenst zijn. Naast landelijk of Europees beleid ten aanzien van prijsregulatie en regelgeving, moeten passende afspraken gemaakt worden over het gebruik van DGM. In de inkoop 2018 wordt het Menzis beleid DGM van de afgelopen jaren gehandhaafd en verder doorontwikkeld. We leggen de nadruk op onderwerpen die de



kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbeteren en de toegankelijkheid van de DGM waarborgen. Onderstaand zijn deze onderwerpen verder uitgewerkt:

- *De patiënt centraal*

Uit ervaringen van patiënten blijkt dat zij, waar mogelijk, graag zelf regie houden over hun gezondheid, ziekte en het nazorgtraject. Menzis stimuleert de mogelijkheden voor eigen regie en het samen beslissen over therapeutische opties.

- *Samen beslissen*

Patiënten die actief betrokken worden bij diagnose en behandeling, dragen bij aan het kritisch beoordelen van behandelmogelijkheden en de aansluiting van deze mogelijkheden op de eigen wensen. Voor de inzet van DGM geldt dit ook: het geneesmiddel is een middel en de inzet ervan geen doel op zich. Door het streven naar maatwerk wordt over-of onderbehandeling voorkomen. Menzis wil daarom dat patiënten in 2018 en volgende jaren, waar mogelijk en vanuit de patiënt gewenst, aantoonbaar een rol krijgen in hun diagnostiek en behandeltraject. Om patiënten de mogelijkheid te geven regie te houden tijdens en na de behandeling, wordt steeds meer gebruik gemaakt van eHealth toepassingen. Hiermee worden patiënten ondersteund om, los van een bezoek aan het ziekenhuis, inzicht te hebben in hun medische situatie en contact te houden met hun behandelaar. Menzis stimuleert de inzet van dergelijke tools.

- *Uitkomst voor de patiënt*

Cruciaal is de vraag: “Wat levert de inzet van een geneesmiddel voor de patiënt op?” Wat valt er op basis van studies van het middel te

verwachten? Hoe pakt dat in de dagelijkse praktijk uit voor patiënten die andere karakteristieken hebben dan de studiepopulatie? Op basis van registratie en evaluatie van behandelresultaten in de Nederlandse praktijk en ervaringen van patiënten (PROMs en PREMs) kan een beter beeld ontstaan van de werkelijke waarde van een behandeling.

- *Focus op zinnig gebruik en uitkomst*

DGM kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een behandeling en aan de kwaliteit van leven van patiënten. De afgelopen jaren is in ziekenhuizen meer aandacht gekomen voor het doelmatig gebruik van DGM.

Dat is een goede ontwikkeling. Door verdieping in de gesprekken over de inzet van dure geneesmiddelen en het bestuderen en spiegelen van praktijkvariatie en uitkomsten, komt Menzis samen met de ziekenhuizen tot een steeds beter gebruik van deze dure middelen. Hiervoor worden Vektis-data en informatie uit de ziekenhuizen gebruikt. Best practices worden geïdentificeerd en gedeeld zodat zij sneller breder geïmplementeerd kunnen worden.



Onderwerpen van gesprek zijn:

- juiste expertise (multidisciplinaire teams, expertisecentra);
- juiste diagnose (gebruik van diagnostische tests);
- doelmatige keuze middel (duur waar het moet, goedkoop waar het kan);
- minimaliseren spillage (werkwijze bereiding, gepaste hoeveelheden);
- juist gebruik (therapietrouwbegeleiding, bijwerkingenmanagement);
- juist moment van stoppen (periodieke evaluatie, stopcriteria);
- optimale uitkomst (zowel klinisch als vanuit patiënten-perspectief).

Medicatieveiligheid en farmaceutische patiëntenzorg zijn essentiële randvoorwaarden. Ze maken integraal onderdeel uit van de inkoop van zorg bij de ziekenhuizen.

- *Concentratie van zorg*

De kwaliteit van zorg verbetert wanneer deze zorg wordt uitgevoerd door experts met kennis en ervaring. Menzis is van mening dat ook de behandeling met innovatieve nieuwe DGM, die worden toegepast bij kleine patiënten-populaties, het beste geconcentreerd kan worden in een beperkt aantal expertcentra. Deze centra hebben als voordeel dat er ervaring is met de behandeling of ervaring kan worden opgedaan, goede diagnostiek mogelijk is en effectiviteit en bijwerkingen kunnen worden bijgehouden/ geëvalueerd en ondersteunende zorg voorhanden is. In een samenwerkingsverband

kan (later) een deel van de zorg onder regie van het expertcentrum worden overgedragen aan partnerziekenhuizen. Juist wanneer de noodzakelijke kennis en ervaring goed is geborgd, kan de daadwerkelijke zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd worden bijvoorbeeld door behandeling thuis of door contact met de zorgverlener vanuit huis.

Veel beroepsgroepen houden zich bezig met de vraag waar en hoe de zorg het beste georganiseerd kan worden. In de hematologie wordt al jaren met een echoloneringsstelsel gewerkt en in de oncologie ontwikkelen de “cancer networks” zich. Dit is in het belang van patiënten. Menzis steunt de beweging om de zorg zodanig te organiseren dat iedere patiënt kan rekenen op een behandeling door een optimaal geoutilleerd en gekwalificeerd team. Dit wordt in overleg met beroepsverenigingen en patiëntvertegenwoordigers verder vormgegeven.

- *Passende financiële afspraken*

Menzis is zich bewust van het verdringingseffect dat extreem DGM hebben op de overige zorg. Om alle noodzakelijke zorg voor iedereen betaalbaar te houden is het noodzakelijk dat de opgaande prijsspiraal voor nieuwe geneesmiddelen wordt doorbroken. Hiervoor is landelijke of zelfs Europese samenwerking nodig. Ook moet de prijs van het middel in relatie tot de waarde (de opbrengst voor de patiënt) worden meegewogen bij de keuze voor (farmacotherapeutische) behandeling. Menzis participeert in het traject gezamenlijke inkoop van dure geneesmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland. Menzis zal samen met andere



zorgverzekeraars en zorgaanbieders één of meerdere dure geneesmiddelen gezamenlijk gaan inkopen, een en ander overeenkomstig de in het kader van de mededingingswet vigerende regelgeving en de zienswijze van de ACM.

De financiële afspraken tussen het ziekenhuis en Menzis sluiten aan bij de reële kosten die gemaakt moeten worden voor DGM. Voor een deel van de geneesmiddelen worden afspraken gemaakt als onderdeel van de totaalafpraak (veelal een plafonduafpraak). Hiermee houdt het ziekenhuis flexibiliteit in de inkoop en de doelmatige inzet van DGM. Geneesmiddelen die financieel risicovol zijn (bijvoorbeeld door kenmerken zoals erg duur of ultrawees) zullen op basis van nacalculatie afgesproken worden.

Het ideale proces om afspraken over DGM te realiseren, begint ermee dat samen met de ziekenhuizen, een goede prognose wordt gemaakt op basis van huidig verbruik, trends, horizonsscanning en verwachte ontwikkelingen. Daarnaast zal, om de DGM betaalbaar te houden, ook de prijs van het geneesmiddel een factor moeten zijn die meeweegt in de keuze. Het meest evident wordt dit wanneer we kijken naar de mogelijkheid die biosimilars ons bieden. Door het streven naar een zo laag mogelijke inkoopprijs bij de fabrikant, kunnen voor hetzelfde budget meer patiënten behandeld worden en/of ontstaat de ruimte die nodig is voor innovatie en nieuwe DGM. Menzis zet zich actief in voor het realiseren van de randvoorwaarden waarbinnen gekozen kan worden voor de inzet van een biosimilar.

Voor alle geneesmiddelen geldt, dat er gestreefd wordt naar reële tarieven. Dit betekent dat een prijs wordt afgesproken die lager is

dan de officiële NZa maximum-prijs. Voor middelen die al langer op de markt zijn, en waarvoor veelal verschillende (therapeutische) alternatieven zijn, wordt gerekend met scherpere tarieven.

2.2. Samen met en voor onze verzekerden

Menzis hecht grote waarde aan de wijze waarop een patiënt de zorg ervaart, die geleverd wordt door een zorgaanbieder. Daarvoor scheppen we voorwaarden ten aanzien van toegankelijkheid en kwaliteit, maar stimuleren we ook dat ervaringsmetingen worden uitgevoerd door zorgaanbieders.

Patiëntervaringen

We vinden het belangrijk dat de mening van patiënten over een zorgaanbieder of over de zorg die ontvangen is, wordt gemeten. Om deze reden wil Menzis dat een zorgaanbieder deelneemt aan de landelijke benchmark meting (PREM en CQi), zoals op de jaarkalender 2018 van de zorgverzekeraars is opgenomen. Deze jaarkalender is te vinden op www.patiëntervaringsmeting.nl.

- *Toegankelijkheid*

Met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg hanteert Menzis de Treeknormen als minimale eis, conform de [beleidsregel van de NZa](#). De toegangstijden en wachttijden zijn bij sommige zorgaanbieders binnen de MSZ te lang en overschrijden de Treeknorm. Dit kan een gevolg zijn van een groter patiënten aanbod of een tekort aan specialisten, doordat zorgaanbieders te weinig keuzes maken in de

te leveren zorg. Ook kan er sprake zijn van een al jarenlange bestaande situatie. Daar waar de Treeknorm wordt overschreden dienen zorgaanbieders dit actief door te geven aan de zorginkopers van Menzis. Dit is ook contractueel zo vastgelegd tussen Menzis en de zorgaanbieders. Daarnaast willen we dat zorgaanbieders patiënten informeren over de wachttijden en aangeven waar de wachttijden afwijken van de landelijke norm (=Treeknorm). Het gaat hier vanzelfsprekend niet om levensbedreigende zorg of om zorg die om spoedeisende reden niet kan worden uitgesteld. Deze zorg moet altijd beschikbaar zijn.

Menzis treedt bij overschrijding van de Treeknorm door een zorgaanbieder in gesprek om tot structurele oplossingen danwel gedegen keuzes in het zorgaanbod te komen. We verwachten van de zorgaanbieder in die gevallen een verbeterplan om weer te kunnen voldoen aan de Treeknormen. Wanneer een verbeterplan uitblijft, kijkt Menzis naar alternatieven. Dit kan uiteindelijk een reden zijn om de afspraak met de zorgaanbieder te wijzigen. Dit doen we binnen de gestelde landelijke voorwaarden en met voldoende aandacht voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de geleverde zorg in de betreffende regio.

Een andere vorm van toegankelijkheid is de toegankelijkheid voor patiënten tot bijvoorbeeld hun dossier of uitslagen. Menzis vindt het belangrijk dat steeds meer ziekenhuizen een digitaal 'MijnDossier' hebben waarin patiënten zelf hun uitslagen kunnen inzien, afspraken kunnen maken en digitaal contact kunnen hebben met de administratie, verpleging en behandelend arts.

2.2.1 Aansluiten op de zorgbehoefte

De wijze waarop de zorg voor een patiënt is georganiseerd bepaalt - in combinatie met de kosten van de geleverde zorg - de waarde die de geleverde zorg voor een patiënt heeft. In deze paragraaf komen achtereenvolgens de onderwerpen dialyse, telebegeleiding bij hartfalen, integrale geboortezorg, CVA ketenzorg en zorg voor ouderen aan bod. Onderwerpen die Menzis belangrijk vindt, zodat het organiseren van zorg vanuit klantperspectief steeds beter mogelijk wordt.

- *Dialyse*

Medio 2016 heeft Menzis besloten te participeren in het initiatief van de Nierstichting om een draagbare kunstnier te ontwikkelen; Neokidney. Neokidney heeft tot doel om bestaande hemodialyseapparatuur te verkleinen naar een handzaam apparaat waarmee patiënten in staat zijn om zelfstandig te dialyseren, waar en wanneer ze willen. Hierdoor zijn zij niet meer gebonden aan de wekelijkse bezoeken aan de dialysecentra.

Dit leidt tot een verbetering van de autonomie, vrijheid en mobiliteit van dialysepatiënten en tot een zorgkostenbesparing. Deze vergroting van de eigen regie van de patiënt wordt gestimuleerd vanuit de Nierpatiëntenvereniging Nederland (NVN).



Een prototype van de draagbare kunstnier wordt naar verwachting eind 2017 door een eerste kleine groep patiënten in een klinische setting getest. In 2019 zal de draagbare kunstnier op de markt komen. Hiervoor wordt een nieuw zorgconcept ontwikkeld die thuisdialyse met de draagbare kunstnier mogelijk maakt. Vanaf 2019 zal dit zorgconcept worden ingekocht en de bestaande inkoop van dialyse geleidelijk vervangen.

- *Telebegeleiding bij hartfalen*

Het aantal patiënten met hartfalen stijgt snel en zal naar verwachting ook de komende jaren toenemen. Tezorg voor patiënten met hartfalen kan, als het op de juiste wijze wordt georganiseerd, leiden tot een aanzienlijke reductie van de ziektelast en daarmee van de aantallen exacerbaties, opnames en polibezoeken. Dit betekent dat er een procesoptimalisatie van het zorgpad moet plaatsvinden waarin de cardioloog, de verpleegkundig specialist en de huisarts nauw worden betrokken. De patiënt moet telemonitoring veilig en gemakkelijk kunnen gebruiken. Menzis stimuleert de toepassing van telebegeleiding bij patiënten met hartfalen. Regionaal maken we hierover afspraken. Samenwerking met de huisarts is hiervoor een randvoorwaarde. We maken afspraken over de rol van telebegeleiding en over de keuze voor een systeem, leverancier en vergoedingsstructuur. De exacte invulling van de transmurale samenwerkingsafspraken en de financiering van de hartfalenzorg ligt bij de ziekenhuizen en de eerste lijn samen met Menzis. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de inkoopvoorwaarden voor telemonitoring.

COPD-in beeld

Ten aanzien van teezorg ondersteunt Menzis in 2017 al een project van de zorgaanbieders Sensire en het Slingeland ziekenhuis rondom telebegeleiding van COPD patiënten. Dit project heeft als doel om ziekenhuis opnames bij deze patiënten te voorkomen. Dit project wil Menzis opschalen in de kernwerkgebieden.

- *Integrale geboortezorg*

Per 1 januari 2017 is het mogelijk om integrale geboortezorg te contracteren. Het doel is om een bijdrage te leveren aan de verbetering van de kwaliteit van zorg aan zwangeren en hun (ongeboren) kind. Uitgangspunt hierbij is dat de samenwerking tussen de verschillende disciplines in de geboortezorg wordt bevorderd. Menzis wil met de regio's waar sprake is van integrale bekostiging van geboortezorg, afspraken maken. De afspraken met de ziekenhuizen worden aangepast voor het deel dat overgaat naar de integrale geboortezorgorganisatie. De voorwaarden die gelden wanneer een regio afspraken wil maken voor integrale bekostiging, staan gepubliceerd in het [Zorginkoopbeleid integrale geboortezorg 2018](#). Voor de zorgaanbieders die niet overgaan naar integrale geboortezorg per 1 januari 2018, blijft de huidige financiering gehandhaafd.

- *CVA Keten zorg*

Elke patiënt met een Cerebrovasculair Accident (CVA) heeft recht op een weloverwogen, individuele besluitvorming over het te volgen traject ten aanzien van diagnostiek, behandeling en zorgverlening, waarbij twee uitgangspunten als leidend principe gelden:

1. de wensen en (herstel)mogelijkheden van de patiënt;
2. het streven van de zorgaanbieders naar een zo optimaal mogelijk functioneren van de patiënt.

Om dit te bereiken is een CVA-Zorgketen onmisbaar.

In 2017 is Menzis met instellingen in haar kernwerkgebieden in gesprek over de CVA zorg. We willen graag inzage of er wordt gewerkt volgens de [CVA Zorgstandaard](#), het [Behandelkader CVA](#) en dat CVA Ketenzorg een plaats krijgt op de kwaliteitsagenda's met de ziekenhuizen in onze kernwerkgebieden. Wanneer niet volgens de standaard en het behandelkader CVA wordt gewerkt, gaat Menzis hier met de zorgaanbieder over in gesprek om te komen tot een verbeterplan. In het geval dat hier geen gehoor aan wordt gegeven, kan dit effect hebben op de afspraak over medisch specialistische revalidatie. Ook in 2018 wil Menzis in haar kernwerkgebieden contractafspraken maken over de CVA Ketenzorg. In hoofdstuk 3 zijn de inkoopisen op een rij gezet. Meer informatie over CVA Ketenzorg is na te lezen in het document 'CVA- Ketenzorg op weg naar 2020.' Het document kunt u vanaf 1 oktober 2017 vinden op onze website.

- *Zorg voor (kwetsbare) ouderen*

Menzis wil samen met zorgaanbieders de zorg voor kwetsbare ouderen kwalitatief verbeteren. Het streven is dat bij klinische patiënten van 70 jaar en ouder geen (vermijdbaar) functieverlies optreedt als gevolg van complicaties tijdens een verblijf in het ziekenhuis. Uitgangspunt is dat een ziekenhuis aan alle patiënten van 70 jaar en ouder optimale behandeling en kwalitatief hoogstaande (basiszorg) kan en moet bieden.



Dit is mogelijk door efficiënte herkenning van ouderen met een verhoogd risico, gevolgd door gerichte interventies. In hoofdstuk 3 worden onze inkoopisen toegelicht. De zorg voor kwetsbare ouderen hangt samen met het inkoopbeleid van huisartsenzorg, wijkverpleging, eerstelijns verblijf (ELV), langdurige zorg en farmaceutische zorg. Meer informatie hierover kunt u raadplegen op onze [website](#).

2.2.2 Vergroten van de leefkracht

Menzis wil graag dat mensen zowel mentaal, sociaal als fysiek zo goed mogelijk in het leven staan. Ook al is dat met een beperking of in tijden van ziekte. Een voorbeeld dat kan bijdrage aan het vergroten van de leefkracht van een patiënt wordt hieronder toegelicht, andere voorbeelden zijn vaak regionale initiatieven.



Psychosociale (na)zorg

In opdracht van VWS is een werkgroep ingesteld rond de organisatie en bekostiging van [de psychosociale zorg bij somatische problematiek](#). Onder psychosociale nazorg wordt verstaan 'het psychosociale natraject van een in opzet curatieve of palliatieve somatische behandeling'. Deze (na)zorg 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 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. De werkgroep heeft drie thema's onderscheiden die verdere uitwerking behoeven:

- Thema 1: Afbakening, richtlijnen, samenwerking;
- Thema 2: Kosten en bekostiging;
- Thema 3: Bewustwording en vindbaarheid.

In 2016 heeft de NZa in samenwerking met veldpartijen, de knelpunten en mogelijke oplossingen rondom de kosten en bekostiging van de psychosociale zorg bij somatische problematiek (thema 2) geanalyseerd.

Op 1 maart 2017 heeft de werkgroep een advies aan VWS geformuleerd. In dit advies wordt aangegeven hoe de ervaren bekostigingsproblemen voor de psychosociale zorg bij somatische aandoeningen (veroorzaakt door het huidige bekostigingssysteem) kunnen worden opgelost. Afhankelijk van nog te kiezen oplossingsrichting(en) zullen hiervoor nog wijzigingen worden aangebracht in de productstructuur. Naar verwachting zullen deze wijzigingen per 2019 worden doorgevoerd.

2.3. Samen met zorgaanbieders

In 2017 is een goede start gemaakt in het traject 'Optimalisering contractering Medisch specialistische zorg'. Nadat Minister Schippers in 2016 de oproep deed aan de sector om 'tijdig en zonder gedoe' contractafspraken met elkaar te maken, is een gezamenlijk traject gestart met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De oproep is serieus opgepakt door de genoemde partijen. Inmiddels is een aantal oplossingsrichtingen gepresenteerd aan de deelnemers van het

Bestuurlijk Overleg Hoofdlijnenakkoord MSZ (BO). Vanuit dit BO is de opdracht gegeven om de set aan oplossingsrichtingen verder uit te werken. Onderwerpen die de komende tijd uitgewerkt worden zijn o.a. een uniforme overeenkomst tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, nieuwe Good Contracting Practices en een heldere en gedragen definitie over wat klaar moet zijn in november voorafgaand aan het afspraakjaar. Dit gaat volgens alle partijen helpen bij een tijdige contractering van Medisch Specialistische Zorg.

2.3.1 Samenwerking over een langere periode

- *Meerjarenovereenkomst*

We zetten in 2018, net als in 2017, in op het sluiten van meerjarenafspraken met zorgaanbieders voor Medisch Specialistische Zorg. Bij het maken van de afspraken houden we rekening met de relatie, de omgeving en de inhoud van de afspraken. Door het aangaan van meerjarenafspraken creëren we ruimte voor verandering en duidelijkheid voor onze verzekerden én zorgaanbieders.

- *Horizontaal toezicht*

Menzis is in 2014 samen met het Martini Ziekenhuis, Rijnstate en Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) het initiatief Horizontaal Toezicht in de zorg gestart. Horizontaal Toezicht is ondertussen een landelijk traject, georganiseerd vanuit de koepelorganisaties NVZ, NFU en ZN, met directe betrokkenheid van het Ministerie van VWS en de NZa. Er zijn landelijke richtlijnen opgesteld voor Horizontaal Toezicht. Per 1 april 2017 start de implementatie binnen de andere ziekenhuizen. Menzis zal binnen haar kernwerkgebieden ziekenhuizen proactief benaderen voor dit thema en heeft de ambitie om jaarlijks met drie ziekenhuizen Horizontaal Toezicht te starten. Landelijk is afgesproken dat in 2020 80% van de ziekenhuizen en UMC's in Nederland voldoet aan de richtlijnen voor Horizontaal Toezicht.

De pilots met het Martini Ziekenhuis, Rijnstate en ZGT zijn begin 2017 afgerond. Deze ziekenhuizen zijn ingevoegd in het landelijke traject en zijn nu koploper ziekenhuizen op dit thema. Voor meer informatie over dit thema kunt u terecht op www.horizontaaltoezichtzorg.nl.

2.3.2 Stimuleren van innovatieve zorg

Menzis denkt graag met u mee om te komen tot innovaties in de zorg. U kunt uw voorstellen/ initiatieven op dit gebied kenbaar maken bij uw zorginkoper. Waar wij potentie zien, zullen we dit met u bespreken.

3. Contracteringsspecificaties

3.1. Inkoop Eisen

Voor alle zorgaanbieders die gecontracteerd willen worden om medisch specialistische zorg te verlenen in 2018 gelden dezelfde geschiktheidseisen en inkoopcriteria. Niet tijdig voldoen aan een van de voorwaarden betekent dat Menzis geen contract voor 2018 aangaat. In bijlage 1 en 2 staan de criteria uitgebreid vermeld.

Om de administratieve lasten te beperken, wordt steekproefsgewijs gecontroleerd of de zorgaanbieder aan de gestelde eisen en criteria voldoet. Aan de betreffende zorgaanbieder wordt dan gevraagd bewijsstukken aan te leveren. De zorgaanbieder krijgt voldoende tijd om deze bewijsstukken op te vragen en aan te leveren. Om de integriteit van de zorgaanbieder te toetsen kan Menzis tevens gebruik maken van het Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ)-portaal.

- *Minimumnormen*

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 moet worden geleverd. Menzis verwacht van alle zorgaanbieders dat zij voldoen aan de door de beroepsgroep vastgestelde minimumnormen. Zorg ónder deze minimumnormen koopt Menzis niet in. 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.

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 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 aan een zorgaanbieder in de regio, die wel aan alle minimumnormen voldoet.

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

3.2. Beleid inzake nieuwe zorgaanbieders en fusies

Het zorglandschap in Nederland is continu in beweging. Om deze reden heeft Menzis een aantal richtlijnen opgesteld voor nieuwe zorgaanbieders en zorgaanbieders die willen fuseren.

- *Nieuwe toetreders*

Nieuwe toetreders zijn zorgaanbieders die in 2017 geen overeenkomst hadden voor het leveren van MSZ. Zij moeten zich voor 1 juli 2017 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. We vragen een nieuwe zorgaanbieder bij de inschrijving een ondernemingsplan in te dienen met daarin een onderbouwing van de toegevoegde waarde. Het aantonen van de toegevoegde waarde geldt zowel voor de kwaliteit van de geboden zorg als ook voor de doelmatigheid van de zorg (gerelateerd aan de zorgkosten per verzekerde). Verder verwachten we dat de zorgaanbieders voldoen aan de voorwaarden zoals gesteld worden aan de MSZ.

- *Fusies*

De afgelopen jaren zijn er veel fusies geweest in het Nederlandse zorglandschap. In zijn algemeen geldt dat fusies het aantal zorgaanbieders van zorg beperken. Fusies moeten dan ook aantoonbare of zeer aannemelijke voordelen hebben. Sommige fusies zijn wenselijk of zelfs noodzakelijk om de continuïteit van zorg in een bepaald gebied te waarborgen, andere fusies zijn vooral ingegeven door bedrijfseconomische redenen.

We beoordelen de fusie vanuit het belang van Menzis en haar verzekerden op de korte en lange termijn. Het voortbestaan van een zorgaanbieder is op zichzelf geen reden om voor een fusie te zijn. De concentratie moet zich altijd vertalen in betere zorg of moet

noodzakelijk zijn voor het behoud van zorg. Menzis staat positief kritisch tegenover een fusie, wanneer een organisatie ontstaat die kwalitatief net zo goed of beter is, die de doelmatigheid verder kan verhogen, waar verschuiving van zorg van zorg nagestreefd wordt en waar in de omgeving nog voldoende keuzemogelijkheden zijn voor patiënten/verzekerden.

3.3. 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, DGM en kwaliteit. De plafondafspraken en aanneemsommen boden echter niet altijd voldoende zicht op de daadwerkelijke zorg die aan Menzis verzekerden wordt geleverd in ziekenhuizen (prijzen, volumes, profielen).

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 MSZ een belangrijk



uitgangspunt. Daarnaast houden we rekening met historische, landelijke en regionale ontwikkelingen en vergelijkingen, waarop we vanuit de afspraken 2017 en eerdere jaren goed zicht hebben.

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 plafonddafpraak 2018 maken inclusief afspraken over een doorleverplicht.

Binnen de financiële inkoopafspraken voor 2018 willen we voor de volgende onderwerpen specifieke afspraken maken/continueren:

1. Een deelplafond voor verschuiving van zorg van zorg op het gebied van DM2, COPD en CVRM naar de eerste lijn. Naast DM2, COPD en CVRM, kunnen – afhankelijk van de regionale situatie - ook andere vormen van zorg gesubstitueerd worden naar de eerste 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, welke in het jaar 2017 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 verschuiving van zorg 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 DGM. Door het groeiend aandeel van dit dossier in de totale kosten MSZ 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.
4. Nu de periode van grote veranderingen van jaar op jaar in de bekostigingssystematiek voorbij is, gaat Menzis haar inkoop aandacht meer besteden aan zorg waar meerjarig (te) hoge kosten mee gemoeid zijn om daar structurele verbeteringen te realiseren. In een aantal gevallen zullen we dat doen door eerst de basis voor de afspraak 2018 te herijken, om daarna afspraken te maken over de ontwikkeling naar 2018.

4. Procedures zorginkoop

4.1. Planning

Op 12 november 2017 moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2018 heeft gecontracteerd. Dit om verzekerden voldoende tijd te geven om een keuze te maken voor een zorgverzekeraar. Deze datum is het uitgangspunt voor de planning in de voorbereiding van het maken van contractafspraken met zorgaanbieders voor 2018.

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

4.2. Algemeen tijdsplan

Datum

Tot 1 april 2017	Consultatie zorgaanbieders en patiëntenverenigingen
1 april 2017	Publicatie inkoopbeleid 2018
Vanaf 1 juni 2017	Start inkoopgesprekken
Uiterlijk 15 juli 2017	Eventueel publicatie definitief zorginkoopbeleid, indien er nog wijzigingen zijn
1 november 2017	Afronding inhoudelijke overeenkomst en overeenkomst getekend retour
12 november 2017	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 de kosten krijgt dan de tarieven uit de aangeboden zorgovereenkomst.

4.3. Bereikbaarheid

Menzis streeft ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders te ontsluiten via onze website www.menzis.nl/zorgaanbieders. Actuele informatie en veelgestelde vragen over het inkopen van zorg, declareren en machtigingen kunt u raadplegen op deze website. Uiteraard kunt u uw vragen ook stellen via uw contactpersoon van Menzis of via 088-222 40 00 bereikbaar op maandag tot en met vrijdag van 8.30-17.00 uur.

5. Consultaties

Menzis betreft koepelorganisaties, zorgaanbieders, categorale patiëntenorganisaties en de ledenraad bij het opstellen van het inkoopbeleid voor 2018. Bij de totstandkoming van het inkoopbeleid 2018 MSZ heeft Menzis input verzameld in gesprekken met diverse veldpartijen: zowel zorgaanbieders als patiëntenorganisaties.

5.1. Overzicht geconsulteerde partijen

In onderstaande (niet uitputtende) tabel is weergegeven met welke partijen Menzis heeft gesproken tijdens het tot stand komen van het beleid MSZ 2018.



Geconsulteerde partij	Beleidsonderwerp
ApneuVereniging	OSAS
Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN)	OSAS
Hersenletsel.nl	CVA Ketenzorg
Klimmendaal	CVA Ketenzorg
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)	CVA Ketenzorg
Martini Ziekenhuis	CVA Ketenzorg
UMCG Centrum voor Revalidatie (Beatrixoord)	CVA Ketenzorg
ZorgnaZorg	CVA Ketenzorg
Roessingh, Centrum voor Revalidatie	CVA Ketenzorg
UMC Utrecht	CVA Ketenzorg
St. Antonius Ziekenhuis	CVA Ketenzorg
Rijnstate	CVA Ketenzorg
Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK)	Dure geneesmiddelen
Via Sana	Waardegericht inkopen
Martini Ziekenhuis	Waardegericht inkopen
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Waardegericht inkopen
NOV Werkgroep Kwaliteit	Waardegericht inkopen
Patiëntenfederatie Nederland	Waardegericht inkopen
Haaglanden Medisch Centrum (HMC)	Waardegericht inkopen
Reinier de Graaf Groep	Waardegericht inkopen
Het Oogziekenhuis Rotterdam	Waardegericht inkopen
Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)	Waardegericht inkopen
Oogziekenhuis Zonnestraal	Waardegericht inkopen
Eyescan	Waardegericht inkopen
Nederlandse Oogvereniging	Waardegericht inkopen
Nederlands Oogheelkundig Gezelschap	Waardegericht inkopen

Bijlagen

Bijlage 1

Geschiktheidseisen

Voor 2018 gelden de volgende geschiktheidseisen voor zorgaanbieders van medisch specialistische zorg. Zorgaanbieders dienen hier bij het aangaan en gedurende de looptijd van de overeenkomst aan te voldoen.

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 is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis), of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2018 afgesloten.

Bijlage 2

Inkoopcriteria

Voor 2018 gelden specifiek voor onderstaande onderdelen van MSZ onderstaande inkoopcriteria. Zorgaanbieders dienen hier bij het aangaan en gedurende de looptijd van de overeenkomst aan te voldoen.

Audiologische hulp

De zorg die audiologische centra verlenen moet voldoen aan:

- De algemene beroeps- en behandelkaders voor de audiologische zorg;
- Aansluiten bij de richtlijnen die zijn opgesteld door de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC) en de onderwerpen die besproken en besloten zijn in het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (Noah).

CVA Ketenzorg

Per 2018 wil Menzis contractafspraken maken over de CVA Ketenzorg. Hiervoor gelden de volgende criteria:

- Er moet worden gewerkt volgens de [CVA Zorgstandaard](#);
- Er moet worden gewerkt volgens het [Behandelkader CVA](#);
- De zorgaanbieder heeft regionaal ketenafspraken gemaakt;
- De zorgaanbieder neemt deel aan een multidisciplinaire overlegstructuur. In deze structuur worden tenminste (werk)afspraken gemaakt over wachttijden, triage, informatievoorziening tussen ketenpartners, casuïstiek én er wordt informatie uitgewisseld over de inhoud en borging van de zorgpaden per doelgroep;
- De verschillende deelnemende zorgaanbieders die zich aan die ketenafspraken gecommitteerd hebben - ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, huisartsen en thuiszorg – staan in de werkaafspraken genoemd.
- De werkaafspraken zijn in een regionaal covenant tussen partijen vastgelegd. Dit covenant wordt op aanvraag aangeleverd.

Erfelijkheidsonderzoek

- Pathologisch anatomische onderzoek is onderdeel van het DBC Zorgproduct en wordt niet separaat vergoed door Menzis.

In-vitrofertilisatie en intracytoplasmatische sperma injectie (IVF en ICSI);

Ten aanzien van IVF of ICSI in aanmerking gelden de volgende inkoopcriteria:

- De behandeling moet plaatsvinden in een van de gecontracteerde, vergunninghoudende fertiliteitsklinieken of in een 'transportkliniek' in Nederland. Een vergunninghoudende kliniek heeft een IVF-laboratorium waar de bevruchting plaatsvindt. In Nederland zijn op dit moment dertien vergunninghoudende IVF-klinieken. Hier kan de complete IVF-behandeling plaatsvinden. Deze klinieken vindt u in de Zorgvinder.
- Er is geen vergoeding van de kosten voor de donatie van eicellen en/of spermacellen en/of voor de donor. Wordt er gebruik gemaakt van donorsperma, dan worden de kosten daaromheen (aanschaf, transport, opslag, screening, etc.) niet vergoed;
- De volgende vruchtbaarheidsbehandelingen worden niet door Menzis vergoed, omdat de behandelingen niet zijn opgenomen in het door de overheid vastgestelde basispakket:
 - een vierde of volgende IVF/ICSI poging;
 - de behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel;
 - behandelingen of onderdelen van de behandeling die in Nederland niet doelmatig zijn en niet behoren tot de zorg volgens de stand van de wetenschap zoals assisted hatching;
 - IVF en andere zorg rond de vruchtbaarheid bij vrouwen van 43 jaar of ouder.

Medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ)

In 2018 continueert Menzis in grote lijnen het inkoopbeleid Medisch Specialistische Revalidatiezorg zoals we dat de afgelopen jaren hebben ingezet. Voor alle contractpartijen geldt hetzelfde beleid ongeacht de juridische entiteit van de zorgaanbieder. Dit betekent dat zowel voor zelfstandige klinieken,, zelfstandige revalidatiecentra en ziekenhuizen zoveel mogelijk dezelfde kwaliteitseisen gaan gelden. Binnen de revalidatiegeneeskunde zijn verschillende specifieke doelgroepen te onderscheiden. De beroepsgroep (Nederlandse Vereniging van Revalidatie Artsen) heeft voor een aantal hiervan behandelkaders gedefinieerd, waarin een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling beschreven worden. Een aantal behandelkaders zijn recent geactualiseerd. Menzis neemt deze minimumnormen als basis voor het contracteren van de zorg. Zie voor meer informatie over de behandelkaders revalidatiegeneeskunde.nl/behandelkaders.

Voldoet een instelling niet aan deze minimumnormen, dan gaan wij hierover met u in gesprek. Mocht er binnen de gestelde termijn niet aan de minimumeisen voldaan worden, zal de zorg niet door Menzis gecontracteerd worden.

Protonentherapie

Conform de Regeling Protonentherapie is protonentherapie een vorm van radiotherapie, waarbij protonen uit waterstofkernen worden toegepast. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft aan de hierna te noemen centra een vergunning verleend om deze therapie toe te mogen passen. De verwachting is dat de eerste centra begin van het jaar 2017 operationeel zijn.

De partijen die in het bezit zijn van de benodigde vergunning voor het toepassen van protonentherapie, en daarmee mogelijke zorgaanbieders zijn, zijn:

- UMCG Groningen Protonentherapie centrum;
- Holland PTC;
- Zuid-Oost Nederland Protonen Therapie Centrum (ZONPTC).

We zijn voornemens om bovenstaande centra te contracteren conform het beleid MSZ 2018 en volgen hierbij de vergunning verstrekking. In aanvulling daarop moet het centrum voor het bestralen van het melanoma van het oog beschikken over een fixed beam.

Telemonitoring bij hartfalen

De zorgverzekeraars delen de volgende basisvoorwaarden bij de inkoop van hartfalenzorg met telebegeleiding waar zorgaanbieders aan moeten voldoen:

- Er is een regionale transmurale afspraak (RTA) hartfalen opgesteld.
- Er ligt een positieve business case aan ten grondslag.
- De landelijk vastgestelde minimale datasets van indicatoren hartfalen worden geregistreerd.
- De zorg voldoet aan de minimaal gestelde criteria van zorg en telebegeleiding:
 - a. Inhoud van hartfalenprogramma (sluit aan bij LTA);
 - b. Functionaliteiten TM systeem;
 - c. Samenwerkingsafspraken en kwaliteitscriteria invoering Telebegeleiding in Nederland ;
 - d. Resultaatsafpraak: gemiddelde kosten van hartfalen per patiënt nemen af.

Zorg voor (kwetsbare) ouderen

De komende jaren willen we de ouderenzorg samen met zorgaanbieders kwalitatief verbeteren. In onze zorgcontracten gaan we hiervoor aandacht vragen. Menzis verwacht dat de volgende onderwerpen goed zijn geregeld en zal hier in 2018 op controleren:

Screening op geriatrische problemen

Bij minimaal 80% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten van 70 jaar of ouder is de uitkomst vastgelegd in het patiëntendossier van de screening op:

1. (Verhoogd) risico op delirium;
2. (Verhoogd) risico op vallen;
3. (Verhoogd) risico op ondervoeding (m.b.v. de SNAQ of de MUST);
4. Bestaande fysieke beperkingen

Op alle in de screening geconstateerde risico's en problemen worden interventies ingezet met als uiteindelijk doel te voorkómen dat bij patiënten van 70 jaar en ouder door een ziekenhuisopname (vermijdbaar) functieverlies optreedt. Dit is protocollair vastgelegd

Duidelijk omschreven ontslagprocedure en nazorgtraject

- Er is een duidelijk omschreven ontslagprocedure en nazorgtraject voor kwetsbare ouderen. Uitgangspunt van het beleid bij ontslag is dat het ontslag pas in gang is gezet nadat de overdracht van zorg en behandeling met de opvolgende zorgaanbieder en mantelzorg is afgestemd. In de ontslagprocedure is daarom geregeld:
 - Hoe vanuit het ziekenhuis 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 mantelzorg 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 opvolgende zorgaanbieder 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 kwetsbare ouderen die veel voorkomen bij overdrachtssituaties (o.a. valrisico en medicatie, delier);
- Dat de verpleegkundige overdracht de volgende informatie bevat:
 - o Verleende zorg;
 - o Aan wie en door wie de zorg wordt overgedragen;
 - o De actuele ondersteuningsvragen en de beoogde doelen;
 - o De met de ouderen/mantelzorger gemaakte afspraken en bij wie ze terecht kunnen.
- Dat ten behoeve van de continuïteit van zorg voor (kwetsbare) ouderen de (voorlopige) medische en verpleegkundige overdracht zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 24 uur bij de opvolgende zorgaanbieder(s) is;
- Dat vanuit het ziekenhuis afspraken zijn gemaakt in welke gevallen en wie de (kwetsbare) oudere patiënt binnen 2 dagen na ontslag in de thuissituatie bezoekt.

Aanvullende informatie met betrekking tot thuiswonende kwetsbare ouderen

1. Transferproces na ziekenhuisopname

Indien de ontslagprocedure en het nazorgtraject niet schriftelijk is vastgelegd dan stelt Menzis voor om de Transmurale Zorgbrug (TZB) te implementeren. Het initiatief voor het implementeren van de TZB ligt bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis benadert voor het implementeren van de TZB de Verpleging, verzorging en Thuiszorgorganisaties (VVT).

De Transmurale Zorgbrug verbindt ziekenhuis en thuissituatie. De wijkverpleegkundige is de spil in deze samenwerking. Zij of hij komt in het ziekenhuis alvast kennismaken met de patiënt. Zie ook www.effectieveouderenzorg.nl

2. Regionale samenwerkingsafspraken in de kernwerkgebieden van Menzis

De zorgaanbieder dient regionaal, ketenafspraken gemaakt te hebben en deel te nemen aan een multidisciplinaire overlegstructuur. In deze structuur worden tenminste (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 werkafspraken genoemd. Deze ketenafspraken dragen bij aan de kwaliteit van de zorg. Wij verwachten dat deze werkafspraken in een regionaal convenant tussen partijen zijn vastgelegd. Dit convenant wordt op aanvraag aangeleverd bij de zorgverzekeraar.

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

De Coöperatie Menzis U.A. (Menzis) omvat onder andere de zorgverzekeraars Menzis en Anderzorg en het Menzis Zorgkantoor in de regio's Groningen, Twente en Arnhem. De zorgverzekeraars bieden ieder onder een eigen naam basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandheeskundige verzekeringen aan. Zorgverzekeraars dienen ten behoeve van de inzichtelijkheid voor zorgaanbieders, voor ieder kalenderjaar uiterlijk op 1 april voorafgaand aan dat jaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid wat betreft de Zorgverzekeringswet (Zvw) bekend te maken, voor zover dat op dat moment mogelijk is. Menzis geeft met dit document invulling aan Regeling TH/NR-005 Transparantie zorginkoopproces Zvw van de NZa. Deze regeling ziet op het proces waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot overeenkomsten komen. De regeling beoogt de transparantie van dit proces voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten. Menzis behoudt zich het recht voor om (ook na 1 april) het beleid nader aan te vullen en wijzigingen aan te brengen in dit document en de termijnen/procedures van de zorginkoop. Menzis zal wijzigingen zo tijdig mogelijk bekend maken.

Zorginkoopbeleid Menzis 2018

Datum	31 maart 2017
Auteur	Menzis
Status	Definitief
Versie	1.0

Postbus 640
7500 AP Enschede
www.menzis.nl/zorgaanbieders



© 2006, Menzis. Alle rechten voorbehouden.

Eigendomsrecht en geheimhouding

Dit document is eigendom van Stichting Menzis Beheer (hierna te noemen: Menzis), bevat bedrijfsinformatie van Menzis en is vertrouwelijk. Het is niet toegestaan dit document of de daarin vervatte informatie te (laten) vermenigvuldigen en/of openbaar te (laten) maken, in welke vorm dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis. Ook voor onderdelen waarvan auteursrechten bij derden berusten geldt dat verdere vermenigvuldiging en/of openbaarmaking niet is toegestaan. Menzis behoudt zich alle (intellectuele eigendoms)rechten voor.

De informatie mag alleen gebruikt worden voor het doel waarvoor de informatie ter beschikking is gesteld, waarbij in het bijzonder geldt dat het gebruik in relatie met branchegenoten uitdrukkelijk is uitgesloten.