



# Zorginkoopbeleid Medisch specialistische revalidatiezorg 2020



Publicatiedatum 27 maart 2019

# Inleiding

Graag presenteren we u het Zorginkoopbeleid Medisch specialistische revalidatiezorg 2020. Dit beleid betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet en vormt de basis voor het contract. Bij de inkoop van zorg voor onze ruim 2 miljoen klanten spelen we in en anticiperen we op hun wensen en behoeften. Zo wil Menzis meer waarde bieden voor mens en maatschappij. Samen met u willen we ook in 2020 waarde toevoegen aan de zorg voor patiënten en de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar houden!

De visie van Menzis is ten opzichte van voorgaande jaren iets aangepast. [Waardegerichte zorginkoop](#) is ons kompas voor de zorginkoop. Daarom zijn we ook verheugd dat het Zorginstituut (ZiNL) gehoor heeft gegeven aan de vragen die zorgverzekeraars hebben over de reikwijdte van de medisch specialistische revalidatiezorg. Wanneer is bijvoorbeeld sprake van een medisch specialistische revalidatiebehandelindicatie? Wanneer is medisch specialistische revalidatiezorg aangewezen, gelet op de samenhangende en complexe problematiek die de patiënt ondervindt en gelet op het zorgtraject dat de patiënt al heeft doorlopen? Meer hierover kunt u lezen in hoofdstuk 1.

## Het werkveld

Medisch specialistische revalidatiezorg wordt aangeboden door revalidatiecentra, revalidatieafdelingen van ziekenhuizen en een aantal zelfstandige behandelcentra. Zij bieden intensieve revalidatiezorg die plaatsvindt door een interdisciplinair behandelteam onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts.

Binnen de revalidatiegeneeskunde zijn verschillende specifieke doelgroepen te onderscheiden. Belangrijke diagnosegroepen zijn: (niet-)aangeboren hersenletsel, progressieve neurologische aandoeningen, aangeboren afwijkingen, dwarslaesie, neuromusculaire aandoeningen, amputatie, gewricht gerelateerde en reumatische aandoeningen, multitrauma en chronische pijn in het bewegingsapparaat. De indicatie voor inzet van de revalidatiegeneeskunde wordt vooral bepaald door een drietal factoren:

1. *complexiteit van de problematiek in motoriek en/of cognitie;*
2. *behandeldoelen afgestemd op de participatieambitie van de patiënt, en*
3. *vitaliteit (in plaats van leeftijd) van de patiënt.*

De beroepsgroep/VRA heeft [behandelkaders](#) gedefinieerd, met een landelijke set van minimale eisen aan de behandeling. Een aantal behandelkaders is geactualiseerd. Menzis neemt deze behandelkaders ook in 2020 mee in de inkoop van medisch specialistische revalidatiezorg.

## Terugblik zorginkoop 2019

Het zijn dynamische tijden voor de revalidatiesector. We zagen een toename van het aantal zelfstandige behandelcentra (ZBC's) die (poliklinische) revalidatiezorg aanbieden. Daarnaast hadden we te maken met een aantal faillissementen van aanbieders van revalidatiezorg. Ook was er sprake van overname van zorg vanuit (failliete) ziekenhuizen richting de revalidatiesector. Ingrijpend voor zowel patiënten als zorgverleners. Interessante ontwikkelingen zijn de ontwikkelingen als gevolg van (digitale) innovatie. Ook de samenwerking tussen Menzis, zorgaanbieders en patiënten(organisaties) is verder uitgebouwd. Een aantal voorbeelden lichten we in deze inleiding toe.

### *Ketenzorg*

De huidige schotten binnen de zorg vormen soms een belemmering voor structurele vernieuwing (waarbij de patiënt centraal staat en efficiëntie een uitgangspunt is). We merken dat het huidige zorgstelsel financiële en andere prikkels bevat die verandering onaantrekkelijk maken. Er is nog een flink aantal maatregelen nodig om te komen tot ketens die de inhoud en het aanbod van zorg voor patiënten over de grenzen van organisaties heen organiseren. Inmiddels zijn de eerste concrete stappen daadwerkelijk gezet.

## **Voorbeeld 1: CVA-ketenzorg**

*De afgelopen jaren zijn stappen gezet om de CVA-ketenzorg te verbeteren. We hebben inzage gekregen in de regionale samenwerkingsafspraken. Ook hebben we inzage gekregen of er wordt gewerkt volgens de CVA Zorgstandaard, de Richtlijn Herseninfarct en Hersenbloeding en het CVA Behandelkader. Het belang van regie in de keten door bijvoorbeeld de inzet van een CVA-ketencoördinator krijgt meer draagvlak.*

*ZiNL heeft in 2017 subsidie verstrekt voor het project ‘Samen beslissen met patiënten met CVA of hersenletsel.’ Het Kennisnetwerk CVA NL heeft een [animatiefilmpje](#) ontwikkeld dat zorgaanbieders kan ondersteunen. Menzis stimuleert dat artsen en patiënten samen beslissen over de beste behandeling. Tijdens onze gesprekken met zorgaanbieders en patiënten (organisaties) is het goed om te horen dat ‘Samen Beslissen’ in de CVA-ketenzorg wordt ingezet.*

## **Voorbeeld 2: behandeling van chronische pijn**

*Op 1 april 2017 is de [Zorgstandaard Chronische Pijn](#) opgeleverd. De zorgstandaard beschrijft optimale pijnzorg vanuit patiëntperspectief. Het is de eerste zorgstandaard in Nederland die is ontwikkeld met een gelijke inbreng van professionals en patiënten. Eind 2017 is [de patiëntenversie van de Zorgstandaard Chronische Pijn](#) opgeleverd, ontwikkeld door behandelaars én patiënten samen. Ook is de [Health Deal Chronische Pijn](#) ondertekend. Met deze ondertekening onderstrepen de ministeries van VWS en van Economische Zaken en Klimaat het belang van efficiëntere en kwalitatief betere pijnzorg. Het afgelopen jaar zijn in de kernregio's van Menzis stappen gezet om de zorgstandaard chronische pijn te implementeren. Om deze standaard goed te implementeren, is de ontwikkeling van een stepped-care-ketenmodel met de ondersteuning van e-health noodzakelijk.*

*Adelante, Roessingh, Rijndam en UMCG Beatrixoord zijn door VWS als ‘Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie’ erkend. Menzis is dan ook enthousiast over de samenwerking tussen deze instellingen en meer dan 30 experts uit Nederland en België. Deze samenwerking heeft in februari 2019 geresulteerd in het [‘Handboek pijnrevalidatie voor de eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg.’](#) Een mooi voorbeeld waaruit blijkt dat samenwerken aan de zorg werkt!*

### **Voorbeeld 3: oncologische revalidatie**

*Er is discussie over het bewezen effect van de huidige vorm van oncologische revalidatie en over de (kosten)effectiviteit. De organisatie van de oncologische revalidatie en nazorg van mensen met kanker is nog niet optimaal. De [Richtlijn voor Oncologische Revalidatie](#) is in 2011 vastgesteld door de beroepsgroep. In die richtlijn is de [beslisboom oncologische revalidatie](#) beschreven. Hierin wordt stapsgewijs weergegeven wanneer voor patiënten met een oncologische aandoening nader onderzoek of verwijzing nodig is. In 2016 is de richtlijn aangepast. In de gesprekken die we met partijen hebben gevoerd over onder andere de organisatie van de zorg en de behandelresultaten, komen interessante zaken naar voren. We nemen die resultaten mee in onze beleidsontwikkeling.*

In 2020 gaan we verder met het ‘opschalen en uitrollen’ van de thema’s CVA-ketenzorg, chronische pijn en oncologische revalidatie. We willen samen met zorgaanbieders en patiënten de zorg continu verbeteren. In onze kernregio’s gaan we een verdiepingsslag maken. Doel blijft dat de ketenpartners zich verbinden aan het zorgprogramma en verantwoordelijk zijn voor hun aandeel hierin. Omdat er regionale verschillen zijn in de ontwikkeling van deze zorg, gaan we per regio andere accenten leggen. De contacten hierover met u lopen via de zorginkopers/accountmanagers van Menzis.

### **Samenwerking in de regio**



In het kader van de juiste zorg op de juiste plek blijven we in 2020 in onze kernregio’s zorgaanbieders stimuleren om samen te werken aan zorgvernieuwing. Voor veel patiëntengroepen is bijvoorbeeld decentralisatie van zorg mogelijk door bijvoorbeeld de inzet van eerstelijnszorg.

Ook zien we veel interessante ontwikkelingen op het gebied van innovatie. Allereerst vindt veel innovatie plaats op het gebied van technologie. Hierbij kan gedacht worden aan gaming, e-health, robotica, zorgondersteunende oefenapps en virtual reality. Virtual reality wordt bijvoorbeeld gebruikt om te oefenen in een virtuele omgeving met de geavanceerde GRAIL-loopband.

## Beleidswijzigingen Menzis

In het [Onderhandelaarsakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019-2022](#) is een reeks afspraken gemaakt om de zorg verder te verbeteren. Het accent komt daarbij te liggen op: meer inzet op e-health en innovatie; verdere vergroting van inzicht in kwaliteit en uitkomsten van zorg; vermindering van de bureaucratie voor professionals; verdere aanpak van de stijgende kosten van geneesmiddelen; oplossen van arbeidsmarktknelpunten en het voorkomen/bestrijden van wachtlijsten. Menzis zal vanuit haar rol als zorgverzekeraar de gemaakte afspraken in het onderhandelaarsakkoord oppakken. Dit doen we door in onze kernregio's actief te participeren in diverse zorglandschapprojecten. Ook sluiten we aan bij het '[Plan van aanpak actualisering standpunt medisch specialistische revalidatie](#)', zoals dat op 18 januari 2019 door ZiNI is gepubliceerd. Dit plan is het uitgangspunt voor ons zorginkoopbeleid voor de komende jaren. Het beschrijft de aanpak om te komen tot een duidelijker indicatiestelling voor medisch specialistische revalidatie. Daarnaast is het doel om het '[Standpunt medisch specialistische revalidatie - zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden](#)' uit 2015 te actualiseren. Op basis van de resultaten gaan partijen in de revalidatiezorg een leidraad opstellen voor passende zorg voor mensen met een revalidatiebehoefte. Menzis ondersteunt deze ontwikkeling.

In hoofdstuk 1 lichten we deze onderwerpen verder toe.

## Wettelijke wijzigingen

Op het moment dat dit inkoopbeleid is opgesteld, zijn nog niet alle wijzigingen in wet- en regelgeving bekend. Eventuele nieuwe wettelijke wijzigingen nemen we mee in onze contractafspraken 2020. Via onze website en nieuwsbrieven houden we u op de hoogte van de ontwikkelingen.

# 1. Visie op medisch specialistische revalidatiezorg

Voor de zorginkoop 2020 gaan we verder op de ingeslagen weg. Zo gaan we door met de thema's CVA-ketenzorg, chronische pijn en oncologische revalidatie. Ook gaan we door met de formele en materiële controles evenals de controle op gepast gebruik. Menzis vindt het belangrijk dat zorg zinnig en zuinig wordt ingezet. Daarbij kijken we ook naar andere zorgdomeinen die zorg leveren. Denk aan geestelijke gezondheidszorg (GGZ), fysiotherapie en medisch specialistische zorg. Eenvoudig als het kan, ingewikkeld als het moet.

Daarnaast sluiten we aan bij de landelijke ontwikkelingen die geïnitieerd zijn door Zorginstituut Nederland, zoals het ontwikkelen van een nieuw standpunt over de te verzekeren prestatie medisch specialistische revalidatie. Meer hierover heeft u in de inleiding kunnen lezen. Het plan van aanpak beschrijft vier deelprojecten die samen moeten leiden tot een duidelijkere indicatiestelling voor medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ):

*Deelproject 1: Afbakening van de indicatie voor revalidatiebehandeling*

*Deelproject 2: Onderzoek naar betere operationalisatie van het begrip 'complexe en samenhangende problematiek'*

*Deelproject 3: Verduidelijken van het begrip 'stepped care'*

*Deelproject 4: Relatie tussen arbeidsrevalidatie en medisch-specialistische revalidatie*

Op basis van de uitkomsten van de vier deelprojecten gaan we de komende jaren aan de slag met de volgende onderwerpen.

## 1.1 De juiste zorg op de juiste plek

Het onderwerp 'de juiste zorg op de juiste plek tegen het juiste deskundigheidsniveau en financiering' gaan we nog meer aandacht geven dan we in de afgelopen jaren al hebben gedaan. Een ingrijpende landelijke koersverandering is noodzakelijk om betere zorg te kunnen bieden, onnodig dure zorg te

voorkomen, zorg te verplaatsen naar locaties dichterbij de patiënt en fysieke zorg te vervangen door bijvoorbeeld e-health. Dat blijkt uit het rapport van de [Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek](#).

In het rapport zijn aanbevelingen geformuleerd om een koersverandering te stimuleren. In 2019 gaan we daarmee aan de slag in onze kernregio's. Ook de revalidatie-instellingen in onze kernregio's betrekken we bij deze ontwikkeling. In de volgende paragrafen lichten we dit toe.

## 1.2 Inkoop van revalidatiezorg bij zelfstandige behandelcentra

In Nederland bieden ook zelfstandige behandelcentra (ZBC's) medisch specialistische revalidatiezorg op poliklinische basis. Vaak gaat het om instellingen die zijn gespecialiseerd in een bepaalde aandoening of in specifieke klachten. Het aandeel van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) in de medisch-specialistische zorg neemt jaarlijks toe.

Het aandeel van de zelfstandige behandelcentra in het aantal patiënten dat medisch specialistische revalidatiezorg ontving, verdubbelde in de periode 2012-2016 van 6 procent naar 12 procent. Het aantal patiënten dat werd behandeld in de zelfstandige behandelcentra is in die periode meer dan verdubbeld tot ruim 23.000 patiënten. In dezelfde periode steeg het aandeel in kosten van de zelfstandige centra van 11 procent naar 15 procent. De kostenstijging in deze centra was met ongeveer € 28 miljoen relatief gezien iets lager (44 procent) dan de stijging in het aantal patiënten, omdat de gemiddelde behandelkosten per patiënt afnamen van € 6.300 in 2012 naar € 3.900 in 2016. Mogelijk is een deel van deze afname te verklaren doordat (nieuwe) zelfstandige centra niet-gecontracteerde zorg hebben geleverd, waarbij tegen een lager percentage van het tarief wordt afgerekend

Dit is de reden dat Menzis specifiek beleid heeft voor de inkoop van revalidatiezorg bij ZBC's. Menzis wil samen met partijen die betrokken zijn bij de medisch specialistische revalidatiezorg doelmatige en kwalitatief goede zorg inkopen en vergoeden. Hierbij nemen we de uitkomsten mee die door de verschillende deelwerkgroepen worden opgeleverd. In de bijlagen kunt u onze inkoopspecificaties lezen.

## 1.3 Inkoop van revalidatiezorg bij reguliere revalidatiecentra

Het aandeel van de reguliere revalidatiecentra in het aantal patiënten dat medisch specialistische revalidatiezorg ontving, bleef tussen 2012 en 2016 ongeveer gelijk (47 procent in 2012 respectievelijk 48 procent in 2016). Het aantal patiënten steeg relatief gezien minder dan het aantal patiënten in de zelfstandige revalidatiecentra; in absolute zin steeg het aantal patiënten met ruim 16.000. Een deel



van deze stijging zou kunnen samenhangen met de overname van revalidatie-afdelingen van algemene ziekenhuizen door reguliere revalidatie-instellingen (waarbij zij onder de AGB-code van dat reguliere centrum vielen). Het totaal aantal MSRZ-patiënten dat geregistreerd werd in de algemene ziekenhuizen nam namelijk af met ruim 5.300.

Wat betreft de kosten nam het aandeel van de reguliere centra af van 78 procent in 2012 naar 76 procent in 2016. Door een afname van de gemiddelde behandelkosten bij alle patiënten van de reguliere revalidatiecentra van € 5.500 in 2012 naar € 4.660 in 2016, bleef de kostenstijging in deze centra beperkt tot ruim € 6 miljoen.

De komende maanden gaan we in onze kernregio's met zorgaanbieders in gesprek om te inventariseren of zorgaanbieders zich herkennen in deze ontwikkelingen. Ook willen we graag ideeën met elkaar delen. Dit met als doel een toekomstbestendige revalidatiezorg te organiseren.

## 1.4 Inkoop van revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen en umc's

Het aandeel van de revalidatie-afdelingen in algemene ziekenhuizen in het aantal patiënten dat MSRZ ontving in de periode 2012- 2016 nam af van 44 procent naar 35 procent. De inkomsten door MSRZ in revalidatie-afdelingen in algemene ziekenhuizen namen af met € 15 miljoen (-27 procent). De MSRZ-gerelateerde kosten in de revalidatie-afdelingen van universitaire medische centra (umc's) namen in deze periode toe met € 5 miljoen (+64 procent).

De gemiddelde behandelkosten per patiënt van MSRZ in de algemene ziekenhuizen en umc's liggen met € 554 en € 670 veel lager dan in de reguliere en zelfstandige revalidatiecentra. Dit heeft deels te maken met andere ziektebeelden waarvoor hier MSRZ wordt gegeven en gemiddeld genomen kortere behandeltrajecten, waarna een patiënt indien nodig verder kan revalideren in een regulier of zelfstandig centrum. Ondanks het feit dat de gemiddelde kosten relatief laag zijn, is in de umc's wel een toename te zien van die kosten met 37 procent.

De komende maanden gaan we met zorgaanbieders in gesprek om te inventariseren of zorgaanbieders zich herkennen in deze ontwikkelingen. Ook willen we graag ideeën met elkaar delen. Dit met als doel een toekomstbestendige revalidatiezorg te organiseren.

## 2. Contractspecificaties

### 2.1 Inkoop-eisen

Voor alle zorgaanbieders die gecontracteerd willen worden om medisch specialistische revalidatiezorg te verlenen in 2020, gelden uitsluitingsgronden en minimumeisen. Niet tijdig voldoen aan een van de voorwaarden betekent dat Menzis geen contract 2020 aangaat. In bijlagen 1 en 2 staan de uitsluitingsgronden en minimumeisen vermeld. In bijlage 3 wordt de wijze van toetsing omschreven. Daarnaast gelden nog uitvoeringseisen; dit zijn eisen waar u tijdens de looptijd van de overeenkomst aan moet voldoen. De belangrijkste eisen zijn opgenomen in bijlage 4.

### 2.2 Inkoopmethodiek

Er is één contractmoment voor 2020. Dit heeft tot gevolg dat het niet mogelijk is om buiten deze contracteerronde alsnog een contract af te sluiten. Menzis koopt in beginsel zorg in bij alle zorgaanbieders met wie we voor 2019 de overeenkomst medisch specialistische revalidatiezorg hebben gesloten. Tenzij het contract is ontbonden in 2019, in dat contractjaar niet is voldaan aan de gestelde uitvoeringseisen en minimumeisen of er uitsluitingsgronden van toepassing zijn.

### 2.3 Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2019 geen overeenkomst hadden voor het leveren van medisch specialistische revalidatiezorg. Zij moeten zich voor 1 juli 2019 bij Menzis melden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. Om in aanmerking te komen moet u als nieuwe zorgaanbieder een toegevoegde waarde te hebben ten opzichte van andere zorgaanbieders door middel van een verbeterde prijs-kwaliteitverhouding.

We vragen een nieuwe aanbieder 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 voor de doelmatigheid van zorgkosten per verzekerde.

Verder verwachten we dat de zorgaanbieders voldoen aan de voorwaarden zoals die gesteld worden in de bijlagen van dit inkoopdocument. Het toekennen van een overeenkomst medisch specialistische revalidatiezorg aan een nieuwe zorgaanbieder is ter vrije keuze van Menzis.

## 2.4 Contractduur

Menzis sluit overeenkomsten met een looptijd van één jaar (van 1 januari 2020 tot en met 31 december 2020). Dit omdat vanaf 2021 een nieuwe productstructuur geldt voor de medisch specialistische revalidatiezorg.

## 2.5 Beleid innovatief zorgaanbod

Revalidatie kan niet zonder innovatie. Individuele instellingen ontwikkelen zelf innovaties, vaak in samenwerking met onderzoeksinstituten en/of universiteiten. Op het [nationaal eHealth Living Lab \(NeLL\)](#) zijn veel mooie voorbeelden te vinden.

Menzis werkt samen met patiënten, verzekerden, zorgaanbieders en zorgvernieuwers aan innovaties en digitalisering van de zorg. We geloven vooral in innovaties die in het zorgveld ontstaan. Patiënten en zorgprofessionals weten immers het beste wat nodig is. Meer hierover kunt u lezen op onze [website](#). Wat betreft innovatief zorgaanbod nodigen we u uit - net als voorgaande jaren - om uw ideeën tijdens de inkoopgesprekken aan ons voor te leggen.

## 2.6 Financieel beleid

Ook in 2020 zetten we in op het maken van zorgafspraken op dbc-zorgproductniveau tegen reële prijzen en reële volumes. We betrekken hierbij ontwikkelingen in de regio zoals samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties. Daarbij kijken we weer naar het verleden, heden en de toekomst. Als uitgangspunt geldt dat we de medisch specialistische revalidatiezorg contracteren op basis van een omzetplafond.

### *Dure geneesmiddelen*

Ook binnen de revalidatie worden dure geneesmiddelen ingezet. Voorbeelden zijn: botulinetoxine en etanercept. We hechten grote waarde aan de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen voor patiënten. 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'. Ook voor de dure geneesmiddelen geldt: we maken afspraken tegen reële prijzen en reële volumes.

We vragen zorgaanbieders om een offerte (via het digitale zorginkoopportaal van VECOZO) waarin een onderbouwd prijs- en volumevoorstel is opgenomen.

### 3. Planning en bereikbaarheid

Om verzekerden voldoende tijd te geven voor de keuze van een zorgverzekeraar, maakt Menzis op 12 november 2019 bekend met welke zorgaanbieders een contract is gesloten voor 2020. Deze datum is het uitgangspunt voor de planning van het maken van contractafspraken met zorgaanbieders voor 2020. We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2019 af te ronden. Vanaf 12 november 2019 kunnen onze verzekerden via onze website zien met welke zorgaanbieders we contractafspraken hebben gemaakt.

#### Planning

- **27 maart 2019** Publicatie inkoopbeleid 2020
- **1 juli 2019** Eventueel publicatie definitief inkoopbeleid 2019  
(alleen als er nog wijzigingen zijn)  
Uiterste aanmelddatum nieuwe zorgaanbieders
- **vanaf 1 september 2019** Start inkoopgesprekken  
Verzending (concept)overeenkomst
- **1 november 2019** Afronding financiële afspraak  
Zorgovereenkomst getekend retour
- **12 november 2019** Publicatie gecontracteerde zorgaanbod op Zorgvinder

*Let op:* Als u geen zorgovereenkomst met ons wilt sluiten, krijgen onze klanten een vergoeding op basis van hun polisvoorwaarden. Het is mogelijk dat ze dan een lagere kostenvergoeding krijgen dan de tarieven uit de aangeboden zorgovereenkomst.

#### *Geen contract? Toestemming vooraf!*

Voor zorgaanbieders die niet in aanmerking komen voor een overeenkomst medisch specialistische revalidatiezorg, geldt dat voorafgaand aan de start van de behandeling toestemming van Menzis vereist is. In 2020 continueren we dit beleid.

## *Inkoop van medisch specialistische revalidatiezorg bij ZBC's*

ZBC's blijven een bijzondere positie innemen in het zorglandschap. Ze 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.

## *Nieuwe zorgaanbieders*

Nieuwe zorgaanbieders kunnen onze digitale vragenlijst invullen en - mits ze voldoen aan de inkoopvoorwaarden - zich per mail bij ons aanmelden via [ZBC@menzis.nl](mailto:ZBC@menzis.nl).

## *Minimale eisen*

In de bijlagen staan de minimale eisen om in 2020 een overeenkomst met Menzis te sluiten. Voor specifieke procesinformatie verwijzen we u naar onze [website](#).

## **Bereikbaarheid**

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

Revalidatie-instellingen kunnen hun vragen stellen aan de zorginkoper of accountmanager van Menzis. ZBC's kunnen hun vragen stellen via het e-mailadres [ZBC@menzis.nl](mailto:ZBC@menzis.nl). Uiteraard kunt u uw vragen ook stellen aan uw zorginkoper van Menzis.

## 4. Consultaties

Menzis betreft koepelorganisaties, zorgaanbieders en de ledenraad van Menzis bij het opstellen van het zorginkoopbeleid voor 2020.

### Ledenraad Menzis

De Ledenraad van Menzis heeft een belangrijke adviserende rol die onze koers mede bepaalt. Op donderdag 21 februari 2019 is het zorginkoopbeleid besproken met de ledenraad en waar nodig aangepast.

### Betrokkenheid regionale zorgbelangen

Menzis werkt nauw samen met Zorgbelangorganisatie in onze kenregio's. Zij zijn betrokken bij de ontwikkelingen met betrekking tot het zorglandschap.

Menzis betreft koepelorganisaties, zorgaanbieders en de ledenraad van Menzis bij het opstellen van het zorginkoopbeleid voor 2020.

### Betrokkenheid patiëntenorganisaties

Menzis is al meer dan 10 jaar betrokken bij diverse patiënten participatie projecten. Het is voor ons vanzelfsprekend dat wij nieuwe inkoopcriteria of wijzigingen in het zorglandschap met Zorgbelang en patiëntenorganisaties bespreken.

### Betrokkenheid zorgaanbieders

Tijdens de inkoopgesprekken worden zowel de financiële als ook de zorginhoudelijke thema's besproken. Er is een nauwe samenwerking tussen de gecontracteerde revalidatiecentra en het zorginkoopteam van Menzis.

# Bijlagen



## Bijlage 1. Uitsluitingsgronden

I. Menzis sluit een zorgaanbieder uit jegens wie bij een onherroepelijk geworden rechterlijke uitspraak een veroordeling als hieronder bedoeld is uitgesproken:

a. deelneming aan een criminele organisatie in de zin van artikel 2 van Kaderbesluit 2008/841/JBZ van de Raad van 24 oktober 2008 ter bestrijding van de georganiseerde criminaliteit (PbEU 2008, L 300);

b. omkoping in de zin van artikel 3 van de Overeenkomst ter bestrijding van corruptie waarbij ambtenaren van de Europese Gemeenschappen of van de lidstaten van de Europese Unie betrokken zijn (PbEU 1997, C 195) en van artikel 2, eerste lid, van Kaderbesluit 2003/568/JBZ van de Raad van 22 juli 2003 inzake de bestrijding van corruptie in de privésector (PbEU 2003, L 192);

c. fraude in de zin van artikel 1 van de overeenkomst aangaande de bescherming van de financiële belangen van de Gemeenschap (PbEG 1995, C 316);

d. witwassen van geld in de zin van artikel 1 van richtlijn nr. 91/308/EEG van de Raad van 10 juni 1991 tot voorkoming van het gebruik van het financiële stelsel voor het witwassen van geld (PbEG L 1991, L 166) zoals gewijzigd bij richtlijn nr. 2001/97/EG van het Europees Parlement en de Raad (PbEG L 2001, 344);

e. terroristische misdrijven of strafbare feiten in verband met terroristische activiteiten in de zin van de artikelen 1, 3 en 4 van Kaderbesluit 2002/475/JBZ van de Raad van 13 juni 2003 inzake terrorismebestrijding (PbEU 2002, L 164);

f. kinderarbeid en andere vormen van mensenhandel in de zin van artikel 2 van Richtlijn 2011/36/EU van het Europees Parlement en de Raad van 5 april 2011 inzake de voorkoming en bestrijding van mensenhandel en de bescherming van slachtoffers daarvan, en ter vervanging van Kaderbesluit 2002/629/JBZ (PbEU 2011, L 101).

II. Menzis sluit een zorgaanbieder uit indien jegens een persoon die lid is van het bestuurs-, leidinggevend of toezichthoudend orgaan of die daarin vertegenwoordigings-, beslissings- of controlebevoegdheid heeft, een onherroepelijke veroordeling als hiervoor bedoeld is uitgesproken waarvan Menzis kennis heeft .

III. Menzis sluit een zorgaanbieder uit indien Menzis ervan op de hoogte is dat bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing is vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies.

IV. Menzis sluit tevens een zorgaanbieder uit indien:

a. de zorgaanbieder in staat van faillissement of liquidatie verkeert, diens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens hem geldt een surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord, of de zorgaanbieder in een andere

vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;

b. de zorgverzekeraar aannemelijk kan maken dat de zorgaanbieder in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout<sup>1</sup> heeft begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken;

c. de zorgverzekeraar beschikt over voldoende plausibele aanwijzingen om te concluderen dat de zorgaanbieder met andere ondernemers overeenkomsten heeft gesloten die gericht zijn op vervalsing van de mededinging;

d. de zorgaanbieder blijkt heeft gegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar en dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties;

e. de zorgaanbieder zich in ernstige mate schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de informatie die nodig is voor de controle op het ontbreken van gronden voor uitsluiting of het voldoen aan de minimumeisen of heeft die informatie achtergehouden, dan wel niet in staat was de ondersteunende documenten over te leggen;

f. de zorgaanbieder voorkomt op de lijst van de Global Compact Principles van de Verenigde Naties.

h. er op het moment van de aanvraag van de overeenkomst nog schuld uitstaat bij Menzis Zorgverzekeraar NV, Anderzorg NV, Menzis N.V. dan wel Stichting Zorgkantoor Menzis moet deze op het moment van aangaan van de overeenkomst zijn terugbetaald, verrekend, of moet er een afspraak zijn gemaakt over de terugbetaling. Zo niet, dan kan Menzis weigeren de overeenkomst aan te gaan. In elk geval wordt de ingangsdatum van de overeenkomst opgeschort tot het moment dat er wel terugbetaald dan wel een terugbetalings- of verrekeningsafpraak is gemaakt.

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

---

<sup>1</sup>De zorgaanbieder heeft in de uitoefening van zijn beroep de afgelopen drie jaar een ernstige fout begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken. Als het door de zorgaanbieder begaan van een ernstige fout in de uitoefening van zijn beroep wordt in ieder geval aangemerkt:

a) het doen van een gift of belofte of het aanbieden van een dienst indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd iemand iets te laten doen wat in strijd is met zijn plicht;

b) het vervalsen of valselijk opmaken van een geschrift dat bestemd is om tot bewijs van enig feit te dienen;

c) het verstrekken van onjuiste gegevens of het ten onrechte niet verstrekken van juiste gegevens, indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd financieel voordeel te behalen (vermoeden van fraude);

d) het handelen of nalaten waardoor de lichamelijke integriteit van werknemers of andere personen ernstig in gevaar wordt gebracht;

e) het opgelegd hebben gekregen van een boete of last onder dwangsom in de zin van artikel 56 van de Mededingingswet;

f) het in het kader van de uitvoering van een opdracht hebben begaan van een onrechtmatige daad waaruit ernstige schade is voortgevloeid, met dien verstande dat de onder a tot en met f genoemde gedragingen plaatsvinden.

## Bijlage 2. Minimumeisen

- 1 De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de zorgaanspraak medisch specialistische revalidatiezorg (Zvw) valt;
- 2 De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland;
- 3 De zorgaanbieder is toegelaten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) voor de levering van medisch specialistische revalidatiezorg en voldoet aantoonbaar aan de eisen van de WTZi (voor instellingen);
- 4 De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg 2017 geïmplementeerd (voor zover van toepassing);
- 5 De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en/of beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van een bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2020 afgesloten;
- 6 De zorgaanbieder beschikt over een geaccrediteerd of gecertificeerd Veiligheidsmanagementsysteem conform NTA 8009:2011/2014;
- 7 Infectiepreventie: De WIP richtlijnen Bijzonder Resistente Micro-organismen (BRMO) en MRSA ziekenhuis zijn volledig geïmplementeerd.

### **Voor nieuwe zorgaanbidders geldt nog de volgende minimumeis**

De zorgaanbieder dient een ondernemingsplan in met daarin een onderbouwing van de toegevoegde waarde. Het aantonen van de toegevoegde waarde geldt zowel voor de kwaliteit van de geboden zorg als voor de doelmatigheid van zorgkosten per verzekerde.

## Bijlage 3. Toetsing

Menzis gaat uit van de integriteit van zorgaanbieders, maar behoudt zich het recht voor om hierop te toetsen; steekproefsgewijs of indien daar aanleiding voor is. Menzis kan bewijsstukken bij de zorgaanbieder opvragen. Indien Menzis de benodigde informatie uit openbare bronnen kan verkrijgen, zal Menzis dit doen. Menzis maakt onder andere gebruik van het portaal [Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders \(RIZ\)](#). Voor de toetsing of de uitsluitingsgronden niet op de zorgaanbieder van toepassing zijn, kan een Gedrags Verklaring Aanbesteden (GVA) of Verklaring omtrent Gedrag rechtspersonen (VOG RP) worden opgevraagd. De zorgaanbieder krijgt voldoende tijd om deze bewijsstukken aan te vragen en aan te leveren.

## Bijlage 4. Uitvoeringseisen

De onderstaande uitvoeringseisen worden opgenomen in de overeenkomst. Naast onderstaande uitvoeringseisen zal de overeenkomst uiteraard ook andere bepalingen bevatten zoals onder andere bepalingen over zorgverlening en declaratie- en betalingsverkeer.

1. De medisch specialistische revalidatiezorg wordt verleend door of onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts;
2. De zorgaanbieder verleent zorg met inachtneming van de voor hem toepasselijke richtlijnen, standaarden en protocollen, waaronder begrepen de kwaliteitstandaarden en meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland, behoudens voor zover in het belang van een goede patiëntenzorg afwijking daarvan is geboden hetwelk moet blijken uit het medisch dossier van de verzekerde;
3. De zorgaanbieder werkt in ieder geval volgens de eisen zoals zijn vastgelegd in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde en de diagnose gebonden behandelkaders waarvan de VRA (mede) houder is;
4. De instelling is voor  $\geq 80\%$  gericht op het leveren van medisch specialistische revalidatiezorg dat volgens de Zorgverzekeringswet onder de Basisverzekering valt. Dit blijkt uit het zorgaanbod, de inrichting en de presentatie van de instelling;
5. De instelling behandelt alleen als de aandoening of ziekte verantwoord binnen de instelling te behandelen is, gegeven de vigerende richtlijnen van de beroepsvereniging(en).
6. Invasieve behandelingen bij patiënten met een ASA classificatie van 3 en hoger dienen niet in een ZBC verricht te worden;
7. Invasieve behandelingen van kinderen (< 18 jaar) worden verricht conform de vigerende richtlijnen van de beroepsvereniging(en);
8. Invasieve behandelingen van kinderen < 2 jaar dienen niet verricht te worden in een ZBC;
9. Als een andere instelling zorgactiviteiten uitvoert, wordt dit tussen de instelling onderling verrekend in het kader van wederzijdse dienstverlening en niet apart gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Dit geldt ook voor de diagnostiek.
10. De instelling levert de zorg met ten minste 2 revalidatieartsen, verbonden door middel van een toelatingsovereenkomst of loondienstverband voor minimaal 1,2 FTE en 0,3 FTE individueel;
11. Een revalidatiearts is fysiek op locatie aanwezig of direct bereikbaar voor overleg;
12. De revalidatieartsen zijn minimaal 1 dagdeel per week fysiek gelijktijdig - op dezelfde locatie-aanwezig voor o.a. overdracht en collegiaal overleg;
13. De para- en perimedici voldoen aan de nascholingscriteria van de betreffende beroepsvereniging;

14. De instelling voldoet aan de eisen zoals gesteld in het (in 2017 herziene) rapport 'Basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen'. Met name ten aanzien van verslaglegging en bekwaamheidseisen;
15. Alle geleverde zorg voldoet tenminste aan de laatste eisen, standaarden en normen van de beroepsgroep, aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd(IGJ) en is in lijn met de standpunten van Zorginstituut Nederland (ZiNL). Hier wordt tijdens de contractering op gelet, maar ook achteraf door middel van formele en materiële controles;
16. De instelling is gecertificeerd volgens de normen van het NIAZ dan wel HKZ revalidatie (inclusief geaccrediteerd VMS) of ISO voor de zorg. Zelfstandige behandelcentra zijn ook in het bezit van ZKN;
17. De instelling draagt er zorg voor dat het volledige medisch personeel van de instelling BIG-geregistreerd is;
18. Medisch specialisten zijn tevens geregistreerd in het specialistenregister van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC);
19. Alle medisch specialisten nemen deel aan het Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS);
20. De instelling moet deelnemen aan alle relevante kwaliteitsregistraties, waaronder PROMS en DICA;
21. Er vindt intercollegiale toetsing en visitatie door beroepsverenigingen plaats en er is structureel intercollegiaal overleg over de patiëntenzorg;
22. De instelling heeft een regeling voor waarneming bij ziekte en verlof;
23. De instelling heeft bij invasieve ingrepen en bij klinisch verblijf een achterwachtregeling, die binnen 30 minuten de behandeling kan overnemen. Indien achterwachtregeling extern is geregeld, dient deze regeling schriftelijk vastgelegd te zijn en ondertekend door de partijen die hierbij betrokken zijn;
24. Er is een samenwerkingsverband met een nabijgelegen ziekenhuis voor onder andere de opvang van eventuele complicaties.

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

# Zorginkoopbeleid

## Menzis 2020

Datum: 27 maart 2019

Versie: 1.0

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



### Eigendomsrecht en geheimhouding

Dit document is eigendom van Stichting Menzis Beheer (hierna te noemen: Menzis), bevat bedrijfsinformatie van Menzis en is vertrouwelijk. Het is niet toegestaan dit document of de daarin vervatte informatie te (laten) vermenigvuldigen en/of openbaar te (laten) maken, in welke vorm dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis. Ook voor onderdelen waarvan auteursrechten bij derden berusten geldt dat verdere vermenigvuldiging en/of openbaarmaking niet is toegestaan. Menzis behoudt zich alle (intellectuele eigendoms)rechten voor. De informatie mag alleen gebruikt worden voor het doel waarvoor de informatie ter beschikking is gesteld, waarbij in het bijzonder geldt dat het gebruik in relatie met branchegenoten uitdrukkelijk is uitgesloten.