



**Kaders Zorginkoopbeleid  
Geriatrische Revalidatiezorg  
2016**

*1 juli 2015*



# Inhoudsopgave

1.	Voorwoord.....	3
2.	De zorg in Nederland .....	4
3.	Visie Menzis .....	5
4.	Inkoopbeleid 2016.....	6
4.1	Vroegtijdig contracteren .....	6
4.2	Geriatrische revalidatiezorg.....	6
4.3	Afbakening geriatrische revalidatiezorg en medisch specialistische revalidatie (MSR) .....	7
4.4	Inkoopvoorwaarden 2016.....	8
5.	Formele en materiële controle .....	11
5.1	Wat controleert Menzis?.....	11
6.	Procedures.....	12
6.1	Tijdspad .....	12
6.2	MCA/Regeling Zorg aan Asielzoekers (Uzovi code 2650) .....	13
6.3	Bereikbaarheid .....	13
6.4	Betrokkenheid verzekeren en zorgaanbieders bij totstandkoming inkoopbeleid.....	13

# 1. Voorwoord

Het doet ons genoegen u te informeren over de hoofdlijnen van ons inkoopbeleid 2016. Hiermee geven we graag gehoor aan de oproep van Minister Schippers om in het jaar van de transparantie u als zorgaanbieder tijdig te informeren over het voorgenomen inkoopbeleid 2016.

Menzis heeft samen met de andere verzekeraars besloten om de contouren van het inkoopbeleid 2016 al op 1 april 2015 te publiceren. Vanzelfsprekend willen we ook naar onze verzekerden transparant zijn. Zodra het inkoopbeleid definitief is vastgesteld, informeren we hen over praktische en voor hen zichtbare consequenties van het inkoopbeleid.

## **Regionale focus**

De afgelopen periode is veel werk verzet om voor alle zorgsoorten de inkoopkaders gereed te hebben. Met het inkoopbeleid 2016 continueren we de koers die in 2015 is ingezet met een sterke regionale focus en de speerpunten van substitutie van zorg, doelmatigheid, kwaliteit en integriteit van zorgkosten. Het is nog steeds onze overtuiging dat dit de essentiële elementen zijn om samen met u de zorg kwalitatief goed en betaalbaar te houden.

## **Consultatie patiëntenorganisaties**

Menzis betreft koepelorganisaties, zorgaanbieders, categorale patiëntenorganisaties en de ledenraad bij het opstellen van het inkoopbeleid. De ledenraad van Menzis is reeds geraadpleegd en daarnaast is het inkoopbeleid voorgelegd aan de regionale Zorgbelangen. Na 1 april 2015 wordt dit verder op regionaal niveau vormgegeven.

## **Leeswijzer**

Dit inkoopdocument bestaat uit diverse onderdelen. In het eerste deel delen we onze visie op zorg, evenals de invulling van de afspraken in zorgakkoorden. Vervolgens wordt het inkoopbeleid voor uw zorgsoort weergegeven. Tenslotte komt het proces en de planning van de contractering uitgebreid aan de orde. We hechten eraan te benadrukken dat het zorginkoopbeleid op hoofdlijnen is weergegeven. De komende periode zijn nog aanpassingen mogelijk op basis van onze polisvoorwaarden, wettelijke wijzigingen of andere landelijke ontwikkelingen. Per zorgsoort gelden hiervoor andere tijdslijnen. Heeft u vooraf vragen over het voorgenomen beleid? Dan verwijzen we u naar de contactgegevens die aan het eind van dit document staan vermeld.

*Ria Stegehuis – directeur Zorg*





## 2. De zorg in Nederland

Begin 2015 werd de Nederlandse zorg opnieuw tot de beste van Europa verklaard door onafhankelijke buitenlandse onderzoekers van de European Health Consumer Index. We hebben kwalitatief goede zorginstellingen en zorgaanbieders. Ze zijn goed bereikbaar, veelal dichtbij en doorgaans zeer betrokken. Daarnaast hebben we een zorgstelsel waar andere landen een voorbeeld aan willen nemen. Iedere inwoner van Nederland is verzekerd van dezelfde basiszorg, ongeacht ziekte, leeftijd of andere risicofactoren.

Dankzij de Hoofdlijnenakkoorden zijn we de laatste jaren ook in staat de jaarlijks hoge stijging van de macro zorgkosten om te buigen. Hieruit blijkt dat we samen - zorgverzekeraars en zorgaanbieders – kunnen zorgen voor behoud van kwalitatieve én betaalbare zorg. Beide elementen zijn in onze ogen een gezamenlijke verantwoordelijkheid. We gaan dan ook graag samen verder op dat pad om de huidige goede zorg ook in de toekomst te behouden.

De urgentie om de trend van toenemende zorgkosten te doorbreken is hoog. We zien een groeiende zorgvraag - als gevolg van nieuwe technologie, vergrijzing en multimorbiditeit -, een veranderende verhouding tussen arts en patiënt en ingrijpende wettelijke wijzigingen. Bij ongewijzigd beleid lopen de zorgkosten voor een gemiddeld gezin op van 25% van het inkomen naar 50% in 2040. Hierdoor dreigt de zorg voor groepen mensen onbetaalbaar te worden.

Er zijn onderbouwde en gerichte inspanningen nodig, gericht op noodzakelijke wijzigingen in het zorglandschap. Menzis vervult graag de regisseursrol om zo, in samenspraak met de Ledenraad, patiëntenorganisaties en het zorgveld de beweging te maken naar een andere inrichting van het zorglandschap. Met een stevige basis van preventie, zelfmanagement en e-health; een brede, wijkgerichte, goed georganiseerde eerstelijnszorg en een aanbod van specialistische zorg waar nodig (Medisch Specialistische Zorg (MSZ), Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en langdurige zorg). Dat is prettiger voor de patiënt omdat de zorg dichtbij voor handen is en het is ook goedkoper. De hervormingen in de langdurige zorg (per 1 januari 2015) bieden ons de kans ook voor de kwetsbare groepen kwalitatief goede zorg in samenhang met eerste en tweede lijn in te kopen. Zo houden we goede zorg ook voor de toekomst betaalbaar en beschikbaar.

### 3. Visie Menzis

In een samenleving die continu verandert, zet Menzis zich in voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor iedereen. We brengen daarbij onze jarenlange ervaring in, die teruggaat tot 1836. Toen nam een groep Arnhemse artsen, apothekers en tandartsen een vooruitstrevend initiatief: de oprichting van een ziekenfonds, vanuit de menselijke gedachte dat ieder mens moet kunnen rekenen op hulp bij ziekte en herstel.

Vandaag de dag zoeken we naar slimme antwoorden op de uitdagingen van déze tijd. We zetten ons samen met zorgaanbieders, onze verzekerden, patiëntverenigingen en andere partners in om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te behouden. Met als hoger doel:

*Samen verzekeren we kwalitatief goede zorg  
om de leefkracht van ieder menz te versterken.*

Al meer dan 175 jaar staat de mens centraal in alles wat we doen. We zijn een coöperatie, waarvan onze 2,1 miljoen verzekerden lid zijn. We hebben geen winstoogmerk en geen aandeelhouders. Onze verzekerden beslissen in een Ledenraad over zaken die er echt toe doen. Het geld dat mensen aan ons toevertrouwen komt weer ten goede aan de zorg. Iedereen is welkom bij Menzis, we sluiten niemand uit.

De Coöperatie Menzis U.A. (Menzis) omvat onder andere de drie zorgverzekeraars Menzis, Anderzorg en Azivo, en het Menzis Zorgkantoor, in de regio's Groningen, Twente en Arnhem. De zorgverzekeraars bieden ieder onder een eigen naam een basisverzekering, aanvullende verzekeringen en tandheelkundige verzekeringen aan.

## 4. Inkoopbeleid 2016

Met ingang van 1 januari 2013 is de Geriatrische revalidatie zorg (GRZ) overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Met dit document willen we u informeren over de zorginkoop van GRZ in 2016 en de (kwaliteits)voorwaarden die Menzis vanaf 2016 aan uw instelling gaat stellen.

### 4.1 Vroegtijdig contracteren

Menzis wil haar verzekerden tijdig informeren over de contractpartners voor komend jaar. Daarom gaan we graag tijdig met u in gesprek over de inkoop GRZ 2016. Dit document geeft daarvoor het startsein. Hierdoor heeft zowel u als Menzis vroeg duidelijkheid over de afspraken en de financiën en kunt u ook uw patiënten hierover tijdig informeren.

### 4.2 Geriatrische revalidatiezorg

In de aanspraak is opgenomen dat GRZ de integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg omvat zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

#### **Start GRZ**

GRZ volgt doorgaans direct op een ziekenhuisopname. Vanaf 1 januari 2015 kan in specifieke situaties ook zonder of binnen een week na ziekenhuisopname worden gestart. Er dient in alle gevallen een indicatie voor GRZ te zijn vastgesteld in het ziekenhuis.



- Spijtoptanten, die na ontslag uit het ziekenhuis vanuit de thuissituatie alsnog opgenomen willen worden in een GRZ-instelling kunnen binnen één week na ontslag alsnog in een GRZ instelling worden opgenomen. Menzis gaat er van uit dat in deze situaties tijdens opname wel is vastgesteld dat GRZ een passend vervolg is op de behandeling in het ziekenhuis maar dat de verzekerde ondanks goede voorlichting er de voorkeur aan heeft gegeven om naar huis te worden ontslagen.
- Verzekerden met een acute aandoening, waarbij een acute mobiliteitsstoornis en/of afname van zelfredzaamheid is opgetreden, kunnen ook zónder voorafgaande ziekenhuisopname worden opgenomen in een GRZ-instelling. Voorwaarden hierbij zijn dat een medisch specialistische professional met geriatrische expertise (klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde) op de spoedeisende hulp of in de geriatrische polikliniek, op basis van een geriatrisch assessment, heeft vastgesteld dat men behoort tot de doelgroep GRZ én daarbij een initieel behandelplan is opgesteld.

GRZ duurt in principe niet langer dan zes maanden en begint met een klinische fase en kan eventueel worden gevolgd door ambulante behandeling. In een aantal gevallen is toestemming van Menzis noodzakelijk. We verwachten een onderbouwde aanvraag:

1. wanneer de verwachte behandelduur van de GRZ langer dan zes maanden duurt of
2. bij het openen van een nieuw subtraject in verband met een nieuwe zorgvraag.

### **Patiëntengroepen**

In de GRZ worden de volgende vijf hoofdpiëntengroepen onderscheiden:

- CVA;
- Electieve orthopedie<sup>1</sup> (geplande operaties voor gewrichtsvervanging van de heup, knie of schouder);
- Trauma;
- Amputatie;
- Overig.

## **4.3 Afbakening geriatrische revalidatiezorg en medisch specialistische revalidatie (MSR)**

Belangrijk verschil tussen de GRZ en MSR is de leer-/trainbaarheid van de (oudere) patiënt en het bestaan van co-/multimorbiditeit. Wanneer van dit laatste in hoge mate sprake is, is de expertise van de specialist ouderengeneeskunde aangewezen. Deze groep patiënten hoort niet in de MSR thuis. Wanneer sprake is van een beperkte mate van co-/multimorbiditeit en voldoende leer-/trainbaarheid hoort ook de oudere patiënt in de MSR thuis, mits aan de indicatiecriteria wordt voldaan.

---

<sup>1</sup> Electieve orthopedie en trauma worden vanwege praktische overwegingen samengevoegd tot één diagnosegroep.



Omdat het hier gaat om verschillen in doelgroepen met ieder hun eigen aanpak in zorg, zijn de patiënten cq. de professionals die hierbij betrokken zijn niet zonder meer uitwisselbaar. Een revalidatiearts als consulent bij de GRZ behandeling kan zeker zijn meerwaarde hebben, daarmee is de geleverde zorg niet meteen MSR.

#### 4.4 Inkoopvoorwaarden 2016

De (kwaliteits)voorwaarden waaraan een zorgaanbieder minimaal moet voldoen om in 2016 voor een contract in aanmerking te komen, zijn:

- De zorgaanbieder heeft in 2015 een overeenkomst gesloten, of als nieuwe zorgaanbieder GRZ, de aanvraag voor een overeenkomst met Menzis vóór 1 augustus 2015 bij Menzis ingediend.
- Gecontracteerde zorg moet voldoen aan de definitie aanspraak GRZ zoals hierboven beschreven of zoals deze in de toekomst komt te luiden;
- De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling door middel van een WTZi-beschikking.
- De zorgaanbieder informeert Menzis over de productie per kwartaal en geleverde kwaliteit van zorg in een door zorgverzekeraars gezamenlijk opgesteld format. Menzis stelt dit format tijdig ter beschikking aan de zorgaanbieder.
- Hersteldagen, waarin er sprake is van een ziekenhuisindicatie en de GRZ-behandeling nog niet gestart kan worden, zijn onderdeel van de medisch specialistische zorg. Hersteldagen die in dit kader doorgebracht worden in een verpleeghuis in plaats van in het ziekenhuis, dienen op basis van onderlinge dienstverlening betaald te worden door het ziekenhuis. De kosten van hersteldagen zijn onderdeel van het DBC Zorgproduct en vallen daarmee binnen de afspraak tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars en zijn geen onderdeel van de GRZ. Hierover zijn afspraken gemaakt met het ziekenhuis.
- Het GRZ-traject start zodra de medisch specialistische zorg is afgerond en de verantwoordelijkheid voor de patiënt is overgedragen.
- De zorgaanbieder dient regionaal ketenafspraken gemaakt te hebben en deel te nemen aan een multidisciplinaire overlegstructuur. In deze structuur worden ten minste (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 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 GRZ. We verwachten dat deze werkafspraken in een regionaal convenant tussen partijen zijn vastgelegd. Dit convenant wordt op aanvraag aangeleverd.

- Triage is onderdeel van de medisch specialistische behandeling. De kosten van triage zijn onderdeel van de DBC en vallen daarmee binnen de afspraak tussen ziekenhuizen en verzekeraars en zijn geen onderdeel van de GRZ. Het triageprotocol is afgestemd met de ketenpartners in de regio. De indicatie GRZ wordt gesteld door de specialist ouderengeneeskunde (eventueel via een verlengde arm constructie). In geval dat er geen ziekenhuisopname vooraf is gegaan, wordt de indicatiestelling gesteld door de geriater of internist ouderengeneeskunde. Het triageverslag maakt onderdeel uit van het medisch dossier.
- Een voorwaarde voor goede kwaliteit van GRZ is deskundigheid en specifieke kennis op het terrein van GRZ. Om invulling aan deze deskundigheid te geven, heeft de zorgaanbieder:
  1. Een gespecialiseerde afdeling voor GRZ;
  2. Een specialist ouderengeneeskunde met expertise op het gebied van geriatrische revalidatiezorg (bij voorkeur een afgeronde kaderopleiding) in dienst, die onderdeel uitmaakt van het behandelteam van een GRZ-afdeling in een verpleeghuis.
  3. een locatie met een afdeling voor GRZ, 24-uurs aanwezigheid van verpleegkundig niveau 4 of 5.
- De verantwoording voor de begeleiding van het zorgtraject van een patiënt binnen een GRZ-zorgaanbieder ligt bij één zorgcoördinator/casemanager;
- De patiënt/mantelzorg wordt goed en volledig geïnformeerd over zijn/haar behandelplan. Uit het dossier blijkt dat het behandelplan in samenspraak met de patiënt/vertegenwoordiger is vastgesteld;
- De minimumeis voor Menzis om een zorgaanbieder een contract aan te bieden voor het leveren van zorg per specifieke diagnosegroep per locatie is:
  - Electieve orthopedie samen met trauma: minimaal 75 patiënten per jaar;
  - CVA: minimaal 50 patiënten per jaar;
  - Amputatie: geen minimum;
  - Overig: minimaal 50 patiënten per jaar.

### **Uitzondering reisafstand**

Om in een regio voldoende, kwalitatief goede GRZ zorg te kunnen blijven aanbieden maakt Menzis een uitzondering voor situaties waar de reisafstand tot een alternatieve zorgaanbieder meer dan 20 kilometer bedraagt. In deze uitzonderingsituaties wordt uitgegaan van minimaal 25 patiënten per diagnosegroep per locatie per jaar. Hierbij gelden de volgende aanvullende voorwaarden:

- Een specialist ouderengeneeskunde met een kaderopleiding geriatrische revalidatie is in dienst van de instelling en is onderdeel van het behandelteam;
- Er zijn afspraken gemaakt rond consultatie van een revalidatiearts.
- Er is beleid vastgelegd rond de ontwikkeling en borging van deskundigheid van het behandelteam en kwaliteit van zorg. Hierin is in ieder geval verwerkt:
  - Scholing van de verschillende disciplines in het behandelteam;
  - Gestructureerde kwalitatieve toetsing van zorg en zorgpaden met ketenpartners en andere GRZ zorgaanbieder(s) voor de afzonderlijke diagnosegroepen.
- Overplaatsing tijdens het GRZ-traject t.b.v. verdere behandeling bij een zorgaanbieder van eerste keuze kan alleen en slechts sporadisch gedurende de eerste 5 dagen. Het aantal patiënten dat wordt overgeplaatst is minimaal. Bij electieve orthopedie kan gezien de planbaarheid van de zorg, alleen in uitzonderlijke situaties sprake zijn van overplaatsing;
- Er vindt minimaal 1 keer per 2 jaar een representatief patiënttevredenheidsonderzoek plaats. Dit kan eventueel ook via een evaluatieformulier bij ontslag. Met representatief bedoelen we dat er een patiënttevredenheidsonderzoek bij minimaal 30 patiënten is uitgevoerd en deze minimaal 10% van de GRZ-patiëntenpopulatie beslaat. De resultaten van dit onderzoek dienen te worden gebruikt om de zorg te verbeteren. Dit verbeterplan is voor Menzis in te zien.

### **Inkoopbeleid 2017**

Ook denkt Menzis al na over het beleid voor 2017. Naar verwachting zullen we de voorwaarden aanscherpen op het gebied van: opnamemogelijkheid op zaterdag, mogelijkheid intensief zorgtraject, mogelijkheid voor poliklinisch traject in aansluiting op de klinische behandeling, een Specialist Ouderen geneeskunde (SOG) heeft kaderopleiding geriatrische revalidatie afgerond of deze is in gang gezet, aanvullende eisen paramedische zorg en de Registratie Barthel index is in het in medisch dossier opgenomen. Hierover wordt u in 2017 nader geïnformeerd.

## 5. Formele en materiële controle

Samen met zorgaanbieders willen we dat onze klanten zinnig en zuinige zorg ontvangen. De afspraken hierover zijn contractueel vastgelegd. Menzis gaat actief de naleving van de gemaakte afspraken controleren.

### 5.1 Wat controleert Menzis?

Declaraties moeten voldoen aan de eisen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en aan de contractafspraken tussen Menzis en de gecontracteerde zorgaanbieder. Menzis controleert vanuit haar maatschappelijke verantwoordelijkheid de declaraties op basis van de landelijke wet- en regelgeving zoals beschreven in de Zvw, maar ook aan de hand van regelgeving en standpunten van onder andere de Nederlandse Zorgautoriteit, het Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Controles worden met de grootste zorg omtrent de privacy van verzekerden uitgevoerd. Om dit te waarborgen wordt er bij materiële controles te allen tijden voldaan aan het Protocol Materiële Controle.



# 6. Procedures

## 6.1 Tijdsplan

Op 19 november 2015 moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2016 heeft gecontracteerd. Dit om verzekeren 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 2016. We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2015 af te ronden. Vanaf 19 november a.s. kunnen onze verzekeren via onze website ([www.menzis.nl/zorgvinder](http://www.menzis.nl/zorgvinder)) nalezen met welke zorgaanbieders we contractafspraken hebben gemaakt. Het tijdsplan van de beleidsontwikkeling en contractering 2016 ziet er als volgt uit:



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



## 6.2 MCA/Regeling Zorg aan Asielzoekers (Uzovi code 2650)

Zodra een overeenkomst is gesloten met Menzis (namens Menzis, Anderzorg en Azivo) zal een aansluitovereenkomst gelden voor de Regeling Zorg aan Asielzoekers (RZA). De zorgkosten vallen niet onder de gemaakte financiële afspraak. De prijslijst voor de RZA is gelijk aan de prijslijst zoals die geldt voor Menzis.

## 6.3 Bereikbaarheid

Menzis streeft ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders te ontsluiten via onze website [www.menzis.nl/zorgaanbieders](http://www.menzis.nl/zorgaanbieders). Actuele informatie en veel gestelde vragen over het inkopen van zorg, declareren en aanvragen van machtigingen kunt u daar raadplegen. Heeft u de informatie na het doorlopen van de veelgestelde vragen online niet gevonden? Neem dan contact met ons op via het online contactformulier op de website. Heeft u voor de inkoop al contact met een contactpersoon van Menzis (regiomanager/zorginkoper of accountmanager)? Dan kunt u daar uiteraard ook uw vragen stellen.

## 6.4 Betrokkenheid verzekerden en zorgaanbieders bij totstandkoming inkoopbeleid

Menzis betreft koepelorganisaties, zorgaanbieders, categorale patiëntenorganisaties en de ledenraad bij het opstellen van het inkoopbeleid voor 2016.

### *Ledenraad*

De ledenraad is op 12 maart 2015 geraadpleegd inzake de inkoop voor 2016. De volgende aandachtspunten kwamen hieruit naar voren:

- Publiceren van patiëntervaringen;
- Patiënt georiënteerd inkopen in plaats van specialist georiënteerd;
- De kwaliteit van het ziekenhuis, specialisme en de specialist inzichtelijk maken;
- Meer transparantie en inzicht in de tarieven;
- Meer regie van de zorgverzekeraar op zorgpaden, ketenzorg en de regionale aanpak;
- Meer aandacht in het inkoopbeleid voor de coördinatiefunctie van specialismen in ziekenhuizen bijv. voor ouderen;
- Aandacht voor de doelgroep kwetsbare ouderen;
- Aandacht voor bejegening van de patiënt in het inkoopbeleid;
- Meer aandacht voor het totale proces dat de patiënt doorloopt in het ziekenhuis;
- Organiseren van een bijeenkomst met leden en zorgaanbieders over de zorginkoop.

Menzis zal deze aandachtspunten meenemen bij de contractering 2016 of betrekken in de bijeenkomsten en gesprekken met zorgaanbieders.



### *Zorgbelangen*

Daarnaast is het inkoopbeleid op 23 maart 2015 voorgelegd bij de Zorgbelangen. De volgende aandachtspunten en vragen kwamen hieruit naar voren:

- Het zorginkoopbeleid kent naast de ledenraad en de zorgbelangen geen andere externe toetsing in de regio's. Dit wordt als aandachtspunt meegegeven.
- Zorgbelangen adviseren ons een vertaalslag te maken van een document voor zorgaanbieders over het inkoopbeleid Menzis naar een document voor klanten over ons inkoopbeleid.
- De suggestie wordt gedaan om bij een paar inkooptrajecten ook klanten een actieve rol te geven, bijvoorbeeld in het opstellen van inkoopcriteria en/of het toetsen van zorgaanbieders aan (sommige) inkoopcriteria.
- Als nieuw inkoopbeleid resulteert in onvoorziene consequenties, is het goed om hier snel over te communiceren naar klanten en maatregelen te nemen. Bij het opstellen van nieuw inkoopbeleid is het dan ook aan te bevelen vanuit en met klantperspectief alle mogelijke gevolgen in kaart te brengen.
- Mensen willen graag tijdig duidelijkheid over de gecontracteerde zorg in het daaropvolgende jaar. De zorgbelangen benadrukken het belang van goede, volledige en tijdige communicatie van gecontracteerde zorg op de zorgvinder en het nemen van maatregelen op het moment dat hierover nog geen duidelijkheid is.

Menzis neemt de aandachtspunten en vragen mee bij de contractering 2016. Daarnaast hebben de Zorgbelangen en Menzis regelmatig overleg met elkaar om deze en andere inzichten met elkaar te blijven delen.

# Zorginkoopbeleid Menzis 2016

Datum                    1 juli 2015  
Auteur                    Menzis

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



© 2006, Menzis. Alle rechten voorbehouden.

#### Eigendomsrecht en geheimhouding

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