



Zorginkoopbeleid 2026

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Transformeren naar duurzaam
toegankelijke en betaalbare zorg.

Inhoud

Voorwoord	4
Coöperatie Menzis	5
Wat willen we bereiken?	5
Urgentie	5
Speerpunten	5
Cliëntperspectief	6
Inclusie als uitgangspunt	6
Inzet groepsbehandelingen	8
Inzet digitale en hybride zorg	9
Inzet zorgvraagtypering (ZVT)	11
Zorg en ondersteuning op de juiste plek	12
Toegang tot passende hulp	12
Wachten op zorg	13
Duurzaamheid	15
Zorgcoördinatie	15
Wijzigingen	16
Wat koopt Menzis in?	19
Bij wie koopt Menzis in?	19
Inkoopeisen	19
Winstmarges	19
Financiële gezondheid	19
Prestaties en settings onder extra voorwaarden	19
Inkoopproces	21
Contracteerproces via VECOZO	21
Contractering aanbieders, die in 2025 geen overeenkomst met Menzis hebben	21
Planning van de zorginkoop	22
Procedure aanvullende zorginkoop	23
Bereikbaarheid	24

Inspraak verzekerden en zorgaanbieders	24
Bijlage 1. Minimumeisen	26
Minimumeisen vrijgevestigden	26
Minimumeisen instellingen	28
Aanvullende minimumeis voor nieuwe zorgaanbieders	30
Zorgaanbieder die in 2025 geen overeenkomst met Menzis had	30
Minimumeis voor de inkoop van de prestatie Esketamine neusspray (Spravato)	30
Minimumeis voor de inkoop van prestaties vallend onder de Setting Hoogspecialistisch	30
Minimumeis voor de inkoop van prestaties vallend onder de Setting Outreachende zorg	30

Voorwoord

Samenwerking als sleutel tot succes

Met trots presenteren wij het Zorginkoopbeleid 2026 van Coöperatie Menzis. In dit beleid staat onze betrokkenheid voor duurzaam, toegankelijke zorg centraal; om ervoor te zorgen dat al onze leden in onze regio's kunnen profiteren van een aantrekkelijke zorgverzekering met een scherpe premie.

Samenhang in de regio en wijk

In onze regio's werken we samen aan de zorgtransformatie en uitvoering van regioplannen. Wij staan achter het Integraal Zorgakkoord en geloven sterk in het belang van effectieve samenwerking tussen zorgaanbieders, gemeenten en overige organisaties, en ons als zorgkantoor en zorgverzekeraar. Samen kunnen we duurdere of zwaardere zorg voorkomen, gezondheid bevorderen, gezondheidsverschillen verkleinen en zelfredzaamheid van onze leden en inwoners van onze regio's vergroten.

Zorg zal steeds dichterbij de patiënt en in de thuissituatie georganiseerd moeten worden. Daarom is een goed georganiseerde eerstelijnszorg van groot belang. We investeren in toekomstbestendige huisartsen- en geboortezorg en wijkverpleging door gebruik te durven maken van onder andere digitale innovaties, taakherschikking, arbeidsbesparende oplossingen en het stimuleren van samenwerking tussen zorgaanbieders. In de medisch specialistische ziekenhuiszorg richten we ons op passende zorg om zo middelen en medewerkers optimaal te benutten. Binnen de geestelijke gezondheidszorg zetten we ons extra in voor adequate zorg voor de meest kwetsbare patiënten.

Samen met u en andere zorgaanbieders richten we ons nog meer op deze uitdagingen en stimuleren we initiatieven die noodzakelijke versnelling vereisen en wachtlijsten verkorten.

Versnellingsinitiatieven en duurzaamheid

Vanuit Menzis nemen we samen met andere zorgverzekeraars een voortrekkersrol in bij passende zorginitiatieven, zoals Proactieve Zorgplanning (PZP). Hierbij is transmurale zorg noodzakelijk, daarbij werken zorgverleners over de grenzen van instellingen heen om zo de beste uitkomsten voor de patiënt realiseren. Daarnaast integreren we de ambities en afspraken uit de Green Deal Duurzame Zorg in ons zorginkoopbeleid en maken we hierover concrete afspraken met zorgaanbieders.

Samen sterk in 2026

Een sterke samenwerking met u als zorgaanbieder is belangrijk om de grote uitdagingen in de zorg het hoofd te bieden. In 2026 zetten wij, samen met u, vol in op het toegankelijk houden van zorg voor al onze leden.

Koen Jansen

Directeur Zorg & Gezondheid

Coöperatie Menzis

Coöperatie Menzis U.A. bestaat uit de zorgverzekeraars Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Anderzorg N.V. en ziektekostenverzekeraar Menzis N.V. Door dit zorginkoopbeleid voldoen de genoemde zorgverzekeraars aan de Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw van de NZa.

Wat willen we bereiken?

Urgentie

Iedere dag wordt er keihard gewerkt om mensen met psychische problemen te helpen met hun herstel. Van professionals in de zorg en het sociaal domein tot aan naasten en vrijwilligers; hun inzet is ongekend. Ondanks al die inspanningen blijft helaas de druk op de toegankelijkheid van de GGZ nog steeds even hoog: tienduizenden mensen wachten nog steeds te lang op hulp. We zien daarbij dat de toegankelijkheid voor bepaalde kwetsbare groepen mensen (veelal mensen met meerdere psychiatrische aandoeningen, zoals combinaties van ontwikkelingsstoornissen, trauma, persoonlijkheidsstoornissen en verslavingsproblematiek) nóg beperkter is. Deze mensen ervaren zware lijdensdruk en worden geconfronteerd met de langste wachttijden. Dit vinden we onacceptabel.

Ondanks dat er meer mensen dan ooit in de GGZ werken, is er een tekort aan personeel. De vacaturegraad in de GGZ is het hoogst van alle branches binnen de sector zorg en welzijn¹. We kunnen met de beschikbare capaciteit simpelweg niet voldoen aan de almaar toenemende vraag. Dit betekent dat we de zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problemen anders moeten organiseren en keuzes moeten maken. Belangrijk is dat we beseffen dat een hulpvraag niet altijd vraagt om behandeling vanuit de GGZ. Niet elke hulpvraag is een zorgvraag.

Om de benodigde transformatie te realiseren, zullen we als samenleving de handschoen gezamenlijk moeten oppakken. Dat geldt voor organisaties in het sociaal domein, in de zorg, voor cliëntenorganisaties, werkgevers, gemeenten, landelijke overheid, hulpverleners en zeker ook voor ons als zorgverzekeraar. Het is aan eenieder om vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheid een bijdrage te leveren aan toegankelijke, betaalbare en passende zorg. Het is vooral van belang om elkaar op te zoeken om gezamenlijk tot oplossingen te komen. Wij zullen in ieder geval via de uitvoering van dit voorliggende Zorginkoopbeleid 2026 onze bijdrage hieraan leveren.

Speerpunten

Met ons inkoopbeleid stimuleren we zorgaanbieders om actief bij te dragen aan het verbeteren van de toegang tot zorg. Hierbij focussen we ons op een aantal onderwerpen, waarvan wij verwachten dat zorgaanbieders daarmee aan de slag gaan. Zo dragen we bij aan dat wat voor ons de hoogste prioriteit heeft: het waarborgen van de toegankelijkheid van de zorg, met speciale aandacht voor de meest kwetsbare mensen waarvoor de wachttijden het langst zijn.

We focussen ons op:


- inclusie als uitgangspunt;
- inzet van groepsbehandelingen;
- inzet van digitale en hybride (zelf)zorg;
- inzet Zorgvraagtypering (ZVT);

¹ Bron: CBS. [Aantal vacatures in de GGZ verder gestegen | CBS](#)

Deze onderwerpen moeten bijdragen aan het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg. Met meer inzet van groepsbehandelingen en digitale en hybride (zelf)zorg zorgen we enerzijds dat meer cliënten tegelijk in zorg kunnen komen en anderzijds spelen we daarmee behandelcapaciteit vrij. Deze vrijgekomen behandelcapaciteit kunnen zorgaanbieders gericht inzetten om de toegankelijkheid te verbeteren voor de meest kwetsbare mensen met hoge lijdensdruk. We stimuleren zorgaanbieders om zich ook daadwerkelijk op déze mensen te richten, doordat we afspraken maken over inclusie van kwetsbare mensen en doordat we de Zorgvraagtypering inzetten om aanbieders ook financieel te belonen om zich meer te richten op mensen met complexe problematiek.

Zo werken we aan ons hogere doel: het waarborgen van de toegankelijkheid van de zorg, met speciale aandacht voor de meest kwetsbare mensen waarvoor de wachttijden het langst zijn.

Clïentperspectief

De Ledenraad van Menzis en  hebben ons geadviseerd bij de totstandkoming van dit Zorginkoopbeleid. Zo zorgen we dat ons beleid meerwaarde heeft voor onze verzekerden en de mensen die (al dan niet in de toekomst) een beroep doen op de GGZ. Onze verzekerden raadplegen we via onze [Ledenraad](#) en we hebben [MIND](#) gevraagd of zij een aantal onderwerpen kan aandragen die haar achterban belangrijk vindt. Deze onderwerpen zijn in dit beleid vindbaar in kaders, soms ook geïllustreerd met een citaat van een cliënt. Onder de kaders staat vervolgens hoe wij als Menzis voor 2026 voornemens zijn met de door MIND aangedragen onderwerpen aan de slag te gaan.

MIND: inclusie van cliënten

‘Mensen met een psychische aandoening horen kwalitatief hoogstaande zorg en ondersteuning te krijgen, op het juiste moment en passend bij de behoefte van degene om wie het gaat. Daarbij vragen we specifiek aandacht voor mensen met complexe, meervoudige, intensieve en/of langdurige zorgvragen. Voor hen is toegang tot zorg helaas niet vanzelfsprekend. Wij hebben [onderzoek](#) gedaan naar de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Hieruit blijkt dat mensen met complexe problematiek moeite hebben om een zorgaanbieder te vinden die hen wil behandelen. Deze mensen worden te vaak geweigerd binnen de GGZ, waarbij de toegankelijkheid verder wordt bemoeilijkt naarmate de psychische problematiek ernstiger is. Mensen die ernstig psychisch lijden, mogen niet zo aan hun lot worden overgelaten als nu vaak gebeurt. Wij verwachten dat zorgverzekeraars meer toegankelijke behandelplekken creëren voor cliënten met complexe problematiek.’

Inclusie als uitgangspunt

Inclusieve GGZ

Wij delen samen met MIND de visie dat inclusie in de GGZ het uitgangspunt is: als cliënt kun je bij elke aanbieder aankloppen met jouw zorgvraag. De aanbieder biedt vervolgens passende zorg, die aansluit bij jouw kenmerken en vraag als cliënt, waar nodig in samenwerking met het netwerk. Als blijkt dat de cliënt elders tóch beter af is voor het verkrijgen van passende zorg en/of ondersteuning, verwachten we dat de zorgaanbieder de cliënt hier zelf naartoe begeleidt. Zo valt niemand buiten de boot.

Helaas is de realiteit anders. We zien dat veel zorgaanbieders exclusiecriteria hanteren, waarmee mensen (onterecht) op voorhand worden uitgesloten van zorg op basis van wie zij zijn. Zij worden al aan de voordeur geweigerd (‘te complex’, ‘niet de doelgroep waar ik me op richt’, ‘teveel verschillende aandoeningen’, ‘niet het juiste IQ’) en

vervolgens teruggestuurd naar de huisarts of van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder gestuurd. Vaak zijn dit juist de mensen die met ernstige lijdensdruk te maken hebben en snel passende zorg moeten kunnen krijgen. Het palet aan zorgaanbieders waar zij terecht kunnen, is daarmee voor hen veel te beperkt: met hoge wachttijden tot gevolg. Dit vinden we onacceptabel.

Om de toegang tot zorg voor deze mensen te vergroten, werken we in de afspraken met zorgaanbieders toe naar een GGZ met inclusie als uitgangspunt. Voor 2026 betekent dit concreet dat we alleen overeenkomsten sluiten met zorgaanbieders die cliënten niet op voorhand zorg weigeren op basis van:

- crisisgevoeligheid (reeds beleid per 2025);
- (vermoeden van) autisme;
- intelligentiequotiënt.
(zie *minimumeis 30 vrijgevestigden en minimumeis 35 instellingen*)

Uitbreiding ingezette beleid

Op basis van de bovengenoemde punten voor 2026 breiden we ons in 2025 ingezette beleid uit op het bevorderen van inclusie. Toen, in 2025, hebben we hierin een eerste stap gezet door met onze gecontracteerde aanbieders afspraken te maken over het includeren van cliënten met een crisisgevoeligheid. Wij hebben hierover inhoudelijk goede en soms pittige gesprekken gevoerd. We hebben het hierbij vaak gehad over nut en noodzaak van inclusie, de definitie van crisisgevoeligheid en de relatie met het kunnen bieden van een warme overdracht daar waar nodig. Uiteindelijk heeft dit geleid tot goede afspraken over de inclusie van mensen met een crisisgevoeligheid; met deze afspraken helpen we hen om bij meer zorgaanbieders in zorg te kunnen komen.

In 2026 gaan we dit dus verder uitbreiden. We zien namelijk dat meer mensen onterecht direct aan de voordeur worden afgewezen op basis van hun 'profiel' en 'persoonskenmerken'. Groepen waarbij we dit relatief vaak zien gebeuren zijn (naast de reeds benoemde mensen met crisisgevoeligheid), mensen met (vermoeden van) autisme en mensen met een bepaald (vaak lager) intelligentiequotiënt. Dit is onwenselijk en onnodig, omdat goedgeorganiseerde netwerken voldoende vangnet kunnen vormen voor zorgaanbieders om deze cliënten in zorg te kunnen nemen; zowel in expertise- en kennisoverdracht als in achtervang.

We verwachten dat zorgaanbieders hun expertise voor behandeling van deze mensen waar nodig verhogen door bijscholing, door consultatie vanuit andere aanbieders/sectoren en door meer samenwerking. Aandachtspunt hierbij is ook goede herkenning van de problematiek: er is regelmatig onvoldoende herkenning van persoonskenmerken, waardoor in behandelingen onvoldoende maatwerk plaatsvindt dat past bij het begripsvermogen van de persoon. We verwachten dan ook dat aanbieders meer gebruik maken van passende screeningsinstrumenten om dergelijke persoonskenmerken te herkennen, zoals de SCIL en de SCAR in geval van intelligentie.

Tot slot: we weten uit onderzoek dat met name de klik tussen cliënt en behandelaar bepalend is voor het slagen van een behandeling. Ook met die wetenschap is het hanteren van exclusiecriteria niet logisch.

Warme overdracht

Uiteraard kan het zo zijn dat iemand is verwezen naar een zorgaanbieder, waarna blijkt dat (vanuit inhoudelijke overwegingen) diegene elders beter passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen. In die gevallen verwachten wij dat een zorgaanbieder de betreffende cliënt zelf begeleidt naar een andere zorgaanbieder en/of ondersteuning. Dat betekent dus dat eenmaal verwezen personen niet mogen worden terugverwezen naar de huisarts, maar dat de betreffende aanbieder samen met de cliënt zoekt naar het juiste, passende aanbod. Dit betekent dat je als zorgaanbieder bekend moet zijn met de kennis en kunde van andere zorgaanbieders in jouw regio en waar zij goed in zijn. Binnen het (regionale) netwerk kan daarbij bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van de regionale

transfermechanismen en/of de tafel hoogcomplexere zorg. Net als in 2025 hanteren we deze ‘warme overdracht’ als minimumeis (zie minimumeis 31 vrijgevestigden en minimumeis 36 instellingen).

Handhaving afspraken

De afspraken die we met zorgaanbieders maken over inclusie en het (waar nodig) hanteren van een warme overdracht handhaven we ook. Dat betekent dat wij hierop actief controleren en ook verwijzers, deelnemers aan transfer-tafels en cliënten aansporen om signalen hierover actief met ons te delen.

Vrijgevestigden: vervallen toestemmingsvereiste voor behandelingen van 5 jaar of langer

Ook van vrijgevestigden verwachten we dat zij bijdragen aan het verbeteren van de toegankelijkheid voor de meest kwetsbare personen. We zien ook terug dat zij zich daadwerkelijk tot vrijgevestigde aanbieders kunnen richten. Wij hebben daarom besloten om het in 2022 afgekondigde beleid voor vrijgevestigden om een toestemmingsvereiste te hanteren voor behandelingen die vijf jaar of langer duren niet te effectueren. Dit is namelijk niet passend bij de verwachting dat ook vrijgevestigden bijdragen aan het verbeteren van de toegankelijkheid voor de meest kwetsbare mensen. We zetten nu op andere manieren in op het verbeteren van de toegankelijkheid voor kwetsbare mensen, bijvoorbeeld door het tegengaan van exclusiecriteria en het differentiëren in tarief voor lage en hoge Zorgvraagtypen.

Inzet groepsbehandelingen

De groeiende uitdagingen binnen de sector, vooral de aanhoudende wachtlijsten en de vele vacatures, vragen om een andere kijk op zorg. Met meer groepsaanbod vergroten we de toegankelijkheid van de zorg. Groepsbehandelingen blijken voor de meest voorkomende stoornissen effectief te zijn. Voor deelnemers aan groepen is er bovendien meerwaarde als het gaat om gezondheid, welbevinden en het gevoel ergens bij te horen. Met groepsbehandelingen kunnen bovendien meer mensen in dezelfde tijd worden behandeld. Dit laatste heeft een dubbel positief effect:

- Meer mensen kunnen tegelijk in zorg komen;
- Behandelcapaciteit wordt vrijgespeeld, die gericht ingezet kan worden voor kwetsbare mensen met hoge lijdensdruk.

Vanuit Menzis willen we dan ook toe naar groepsbehandelingen als primaire behandelvorm. Dit betekent dat we uitgaan van ‘behandeling in groepen, tenzij’. Het ‘tenzij’ is bijvoorbeeld van toepassing wanneer er individuele cliëntkenmerken zijn, die maken dat cliënt en behandelaar samen tot de conclusie komen dat individuele therapie passender is.

Gegeven onze ambitie om groepen de primaire behandelvorm te laten zijn, zijn we voor 2025 gestart met het inkoop van meer groepsbehandelingen. Het stimuleren van groepsbehandelingen vraagt om duidelijke afspraken en inzicht op de impact bij zorgaanbieders. Denk aan opleiding, organisatorische ondersteuning, informatievoorziening over groepen en het doorbreken van het beeld van groepen als ‘second best behandeloptie’. Mede hierom hebben wij op 7 maart 2025 een [webinar ‘Groepsbehandelingen: nuttig én noodzakelijk’](#) georganiseerd over dit onderwerp, zodat we aanbieders ook actiever kunnen ondersteunen in de benodigde verandering. We blijven ook in 2026 zorgaanbieders actief faciliteren bij deze verandering. Aanbieders kunnen voor ondersteuning en advies over de implementatie van groepsbehandeling (ook) terecht bij de Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie (NVGP) via www.groepspsychotherapie.nl.

We verwachten van alle instellingen dat zij per 2026 groepsbehandelingen aanbieden óf een plan van aanpak hebben hoe zij in 2026 van plan zijn dit te kunnen aanbieden. Voor kleinere aanbieders kan dit ook in gezamenlijkheid georganiseerd worden. Dit hanteren wij dan ook als minimumeis voor 2026 (zie minimumeis 37 instellingen). Voor vrijgevestigden beogen wij dit per 2027 als minimumeis te hanteren; zij kunnen voor 2026 een opslag op hun tarief realiseren door een groepsaanbod te hebben.

MIND: digitale zorg

‘Op 20 februari 2025 hebben wij de uitkomsten van ons onderzoek (samen met het programma Vliegwielen van Patiëntenfederatie Nederland) naar het cliëntperspectief op digitale zorg in de GGZ gepubliceerd. Aan de hand van een vragenlijst werd het gebruik van, de ervaring met en de mening over zes digitale toepassingen onderzocht, namelijk: chatgesprekken, beeldbellen, online vragenlijsten, online zelfhulpmodules, apps en virtual reality (VR).

Het onderzoek laat zien dat cliënten in de GGZ het gebruik van digitale zorg vooral waarderen als aanvulling op de behandeling. De resultaten laten zien dat voor elke bevraagde digitale toepassing wel een groep bestaat die er graag gebruik van zou willen maken. Tegelijkertijd blijft face-to-face-contact voor de meeste cliënten essentieel. Dit is cruciaal om een goede relatie met de behandelaar op te kunnen bouwen en voldoende vertrouwen te ervaren.

Daarom pleiten wij voor een hybride benadering: digitale zorg als aanvulling, niet als vervanging. We onderstrepen hierbij het belang van maatwerk: digitale zorg kan helpen bij herstel, mits het goed wordt afgestemd op de behoeften en wensen van de cliënt. Het is belangrijk dat behandelaars en cliënten samen beslissen hoe en in welke mate digitale zorg wordt ingezet, waarbij er altijd een fysiek alternatief beschikbaar blijft. Wanneer cliënten digitale zorg gaan gebruiken, is het belangrijk dat er voldoende informatie en ondersteuning wordt geboden, dat de behandelaar over voldoende digitale vaardigheden beschikt en dat het gebruik van de digitale toepassing goed wordt geïntegreerd in de algehele behandeling.’

Inzet digitale en hybride zorg

Ambities Menzis voor de GGZ

In ons Zorginkoopbeleid 2025 hebben we de voordelen van digitalisering al belicht: betere toegankelijkheid, efficiënte inzet van personele capaciteit, beperken van zorgkosten, eigen regie, frequent(er) kortdurend contact voor de cliënt en continuïteit van zorg. Menzis vindt dan ook dat digitale zorg geen aanvulling is, maar een basis om meer mensen te kunnen helpen. Met andere woorden: digitale zorg is niet iets dat bovenop de reguliere behandeling komt, maar iets wat een volwaardig alternatief (en daarmee (deels) vervanger) zou kunnen zijn van face-to-face-zorg.

Net als bij de inzet van groepsbehandelingen kan digitale zorg leiden tot het dubbele positieve effect:

- Meer mensen kunnen tegelijk in zorg komen door gebruik van digitale mogelijkheden;
- Digitale middelen kunnen leiden tot het vrijspelen van behandelcapaciteit, die vervolgens voor de meest kwetsbare personen ingezet kan worden.

We verwachten dan ook van elke aanbieder – zoals afgesproken in het IZA – dat hij zich inzet op digitale zorg om behandelcapaciteit vrij te spelen. Wij vinden het hierbij belangrijk dat zorgaanbieders onderling samenwerken om de toegankelijkheid te vergroten door zorg te hybridiseren.

Hybride zorg is nadrukkelijk géén aanvullende zorg, maar een andere werkwijze. Dit betekent dus niet alleen het toevoegen van nieuwe digitale elementen, maar ook het vervangen van huidige werkwijzen. Het goed implementeren van hybride zorg binnen behandeltrajecten is hierbij een punt van aandacht in de cont(r)acten met zorgaanbieders. Dit geldt ook voor het meekrijgen van cliënten in het zien van hybride/digitale zorg als volwaardige vorm van zorg.

We zien in het [rapport van MIND](#) voldoende aanknopingspunten om hiermee aan de slag te gaan, zoals het creëren van de voorwaarden voor een succesvolle gebruikerservaring. Daarin wordt de rol van de behandelaar als een belangrijke factor gezien om te komen tot een positieve ervaring met digitale zorg. We verwachten van zorgaanbieders dat zij hun behandelaren hierin faciliteren om deze rol goed te vervullen.

Net als in onze zorginkoop 2025 zullen we voor 2026 aanbieders stimuleren aan de slag te gaan met de inzet van digitale en/of hybride zorg. Binnen onze regio's gaan we actief het gesprek aan over dit onderwerp. Hierbij bespreken we in ieder geval de GGZ-onderwerpen die op de landelijke transformatie-agenda en de 'Pas toe of leg uit'-lijst van [Digizo.nu](#) staan.

Landelijke afspraken

✓ Digitalisering

'Zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan' is ons belangrijke vertrekpunt. Wij staan achter de ambitie uit het IZA dat eind 2026 70% van de daartoe geschikte zorgpaden en -processen gehybridiseerd zijn. Tevens verwachten we dat minimaal 50% van de patiëntenpopulatie geïncludeerd wordt in deze gehybridiseerde zorgpaden en -processen. Aanbieders onderzoeken hierbij samen met de zorgsector welke zorgpaden en -processen geschikt zijn voor hybridisering, waarbij passende zorg het uitgangspunt is.

✓ Gegevensuitwisseling

Gegevensuitwisseling is een belangrijk onderdeel van de digitale transformatie. Zo is gegevensuitwisseling onder meer belangrijk voor de bevordering van kwaliteit, veiligheid en gepast gebruik. Om gegevens goed uit te kunnen wisselen, moeten deze goed beschikbaar zijn voor het primaire zorgproces en secundaire doeleinden, zoals voor onderzoek. Dit ondersteunt de werkzaamheden van de andere zorgverleners in het netwerk van de patiënt en het vergroten van de zelfregie van de patiënt via een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO). We werken samen aan het signaleren en wegnemen van knelpunten om ervoor te zorgen dat elektronische gegevensuitwisseling de standaard wordt als stap richting bredere databeschikbaarheid in de zorg. Het uitwisselen van gegevens en het organiseren van databeschikbaarheid wordt gedaan volgens de landelijke standaarden en afspraken(stelsels) in afstemming met de regionale transmurale partners.

We conformeren ons daarbij aan de door de zorgverzekeraars gestelde ambities op het vlak van digitale zorg en gegevensuitwisseling, die zijn vertaald in het document '[gezamenlijke ambities zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2026](#)'. We verwachten dat aanbieders deze tijdig ten uitvoer brengen. Daarbij verwijzen we ook naar het met de koepels opgestelde [IZA Uitvoeringsakkoord Gegevensuitwisseling](#).

Inzet zorgvraagtypering (ZVT)

Om bij het terugdringen van de wachtlijsten prioriteit te kunnen geven aan de groep cliënten met een complexe zorgvraag is inzicht nodig in de mate van complexiteit. Alleen dan is goed te sturen op het effectief inzetten van schaarse (behandel)capaciteit waar deze het hardst nodig is en waarbij de wachttijden het langst zijn. De zorgvraagtypering (hierna ZVT) geeft ons dit inzicht en deze mogelijkheid.

Voor 2025 hebben we een eerste stap gezet in het gebruik van de ZVT door bij vrijgevestigd psychiaters het tarief (mede) te laten afhangen van de ZVT. Hiermee sturen we op de inzet van de juiste professional bij de juiste zorgvraag. Dit beleid heeft bij de lancering tot enige reacties geleid, maar (vervolgens) ook tot begrip én uiteindelijk tot de voor onze verzekerden gewenste afspraken met vrijgevestigd psychiaters.

Voor 2026 gaan we vervolgstappen zetten op het gebruik van de ZVT om invulling te geven aan passende zorg en het bestrijden van de wachttijdproblematiek (met prioriteit op de meest kwetsbare mensen met hoge lijdensdruk). We denken dat het betrekken van de ZVT bij de zorginkoop als katalysator kan functioneren voor de benodigde doorontwikkeling van de ZVT zelf.

MIND: samenwerking in de GGZ-keten

‘Citaat cliënt: “Gedurende mijn ambulante behandeling veranderde er iets in mijn thuissituatie, waardoor ik opgenomen moest worden. Tijdens mijn opname merkte ik dat mijn behandelaar op de opname-afdeling geen contact had met mijn ambulante behandelaar over wat ik nodig had. Dat vond ik vervelend, omdat ik daar juist een behandeling kreeg die goed bij mij paste. Ik had het fijn gevonden als er op die behandeling werd voortgeborduurd tijdens mijn opnameperiode. Dat was niet het geval. Ik kreeg een behandeling die gangbaar was voor de meeste cliënten daar, maar die niet goed was afgestemd met mij, mijn naasten en mijn ambulante behandelaar.”

Dit voorbeeld staat niet op zichzelf. Diverse mensen hebben te maken met onvoldoende samenwerking tussen zorgverleners in de GGZ. Dat heeft invloed op de kwaliteit van hun behandeling. Wij verwachten dat zorgverleners onderling afstemmen over de best passende behandeling voor een cliënt.’

Menzis: samenwerking in de GGZ-keten

Wij onderschrijven de oproep van MIND tot goede onderlinge afstemming tussen zorgverleners en zien ook dat daar nog verbetermogelijkheden liggen. Vanuit Menzis hebben we hier ook aandacht voor in de contractering. Dit doen we bijvoorbeeld door sterk in te zetten op het bouwen van regionale netwerken (zie hoofdstuk ‘Zorg en ondersteuning op de juiste plek’). Ook maken we contractueel afspraken over het bieden van een warme overdracht indien iemand elders meer passende zorg of ondersteuning kan krijgen (zie hoofdstuk ‘Inclusie van zorg’). Daar hoort wat ons betreft het onderling afstemmen over de meest passende behandeling bij.

Dit betekent bijvoorbeeld dat wanneer er (tijdelijk) noodzaak is tot klinische of acute zorg, de desbetreffende kliniek/crisisdienst schakelt met de ambulante regiebehandelaar over wat passende zorgverlening is voor die persoon. Zorgverleners en ook een klinische opname zijn immers ‘slechts’ een deel van de zorgreis van de persoon en het is daarom van groot belang dat een dergelijke interventie aansluit op wat goed is voor de betreffende persoon. In dit kader wijzen we ook op de aanbevelingen uit het [Rapport Meldpunt Autonomiebevorderend Beleid](#) van MIND en de [zorgelijke toename van separaties in de GGZ](#).

We gaan met de grotere aanbieders in onze regio's in gesprek over dit onderwerp, zowel waar het gaat om goede onderlinge afstemming *tussen* organisaties, als om de afstemming *binnen* diverse onderdelen van één organisatie.

In het kader van samenwerking binnen de keten verwachten we van aanbieders die de beschikking hebben over beveiligde bedden dat zij beleid hebben hoe zij deze bedden beschikbaar stellen vanuit de bovenregionale of landelijke functie die daarmee gepaard gaat.

MIND: samenwerking met sociaal domein

‘Citaat cliënt: “Ik kreeg steeds meer last van mijn dwangklachten. Hierdoor lukte het me niet meer goed om mijn huis schoon te houden en kreeg ik ruzie met mijn burens. Ik ging in behandeling bij de GGZ. Mijn behandelaar bracht me in contact met de gemeente. Deze zorgde ervoor dat ik tijdelijk ondersteuning kreeg om mijn huis weer op orde te krijgen. Ook hielp een wijkcoach me om de ruzie met mijn burens op te lossen. Dankzij een fris huis en afgenomen stress kon ik me beter concentreren op mijn behandeling.”

De hulpvragen van mensen beperken zich niet tot de wettelijke domeinen. Zorg en sociale vraagstukken gaan vaak hand-in-hand. We vinden dan ook dat zorgaanbieders in de GGZ oog moeten hebben voor ondersteuningsmogelijkheden buiten de GGZ, zoals zelfregie- en herstelcentra en lotgenotencontact. Ook is het belangrijk om naar andere levenssterreinen van iemand te kijken. Denk bijvoorbeeld aan een zinvolle dagbesteding, zoals (vrijwilligers)werk, sociale contacten en sport. Het sociaal domein biedt veel mogelijkheden om mensen hierin te ondersteunen. Goede samenwerking tussen de GGZ en het sociaal domein, en het organiseren van goede netwerken is daarom van groot belang. Zo helpen we mensen met hun hulpvraag en stimuleren we maatschappelijke participatie.’

Zorg en ondersteuning op de juiste plek

Toegang tot passende hulp

Een van de belangrijkste opgaven om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren, is zorg dragen dat mensen met een psychische aandoening de tijdige hulp krijgen die zij nodig hebben. Net als MIND zien wij dat de hulpvraag van onze verzekerden zich niet beperkt tot de zorg, integendeel: deze hulpvraag gaat dwars door alle wettelijke domeinen heen. Dat vraagt naast goede zorg dan ook om voldoende en snel toegankelijke voorzieningen in het sociaal domein. Dit laatste is belangrijk om mensen te begeleiden met vraagstukken op andere levensgebieden, zoals inkomen, werk, wonen, schulden, opvoeden en opgroeien. Te denken valt hierbij aan de beschikbaarheid van laagdrempelige steunpunten, zoals herstel- en zelfregiecentra: deze steunpunten vormen een goed aanbod bij het voorkomen van, begeleiden naast of hulp bieden na behandeling in de GGZ. Maar ook lotgenotencontacten en e-communities kunnen hierin voor mensen van waarde zijn. We zien dat vooral mensen met complexe psychische problemen vaak tegelijkertijd of opeenvolgend ondersteuning in het sociaal domein én zorg van de huisarts of GGZ vragen. Kortom: het belang van goede, integrale samenwerking tussen de GGZ en andere domeinen (in het bijzonder het sociaal domein) is misschien wel groter dan ooit. We vragen daarom ook van alle zorgaanbieders om actief de relatie te zoeken met het sociaal domein en andere regionale partijen die van belang zijn voor het herstel van de cliënten. Door het vormen van regionale netwerken wordt de zorg, behandeling en begeleiding dusdanig vormgegeven dat de kans op herstel en gezondheid van mensen zo groot mogelijk wordt.

Goede ondersteuning vanuit het sociaal domein en mogelijkheden tot maatschappelijke participatie voorkomen ook dat de GGZ onnodig belast wordt. Behandeling binnen de GGZ is immers niet altijd de meest passende interventie.

De hulpvraag van een persoon vraagt niet altijd om behandeling vanuit de GGZ. Niet elke hulpvraag is namelijk een zorgvraag. De GGZ levert dus niet de antwoorden en oplossingen op alle hulpvragen.

Verbeteren uitstroom door passend vervolg

We zien ook dat door gebrek aan sociale voorzieningen er voor mensen onvoldoende uitstroom mogelijk is van de GGZ naar de wijk. Hierdoor blijven cliënten soms onnodig in de GGZ. Door het gebrek aan uitstroommogelijkheden ontstaat ‘verstopping’ binnen de GGZ, met een stuwend effect op de wachtlijsten als gevolg. Voor een betere uitstroom van cliënten uit de GGZ-instellingen naar de thuissituatie is een goede samenwerking tussen de GGZ en gemeenten essentieel.

Uitstroom uit de curatieve GGZ kan ook betekenen dat een cliënt betere zorg krijgt met een Wlz-indicatie (Wet langdurige zorg) en een bijpassende plek. Deze cliënten zijn blijvend aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of op permanent toezicht, vanwege de complexiteit en/of multimorbiditeit van de zorg. Door deze complexiteit is het noodzakelijk dat alle betrokken zorgaanbieders hun handelen intensief en integraal op elkaar afstemmen.

Wij verwachten van aanbieders dat zij in de behandeling periodiek stilstaan bij de mogelijkheden tot uitstroom voor hun cliënten.

Wachten op zorg

Er wachten teveel mensen te lang op passende zorg. We willen er in 2026 samen met zorgaanbieders, en zo nodig andere stakeholders in de regio, naar toewerken dat verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben binnen de geldende wachttijdnorm.

Wachttijdinformatie

De huidige wachttijdinformatie is onvoldoende geschikt om als sturingsinformatie te dienen. De wachttijdgegevens worden aangeleverd bij de NZa op basis van de Regeling transparantie zorgaanbieders. Zorgaanbieders in de GGZ zijn daarnaast verplicht maandelijks wachttijden op hun website te publiceren. Over de beschikbare informatie heerst al langer een gevoel van meerdere waarheden en onjuistheid van de data. Recent [onderzoek](#) van het Talma Instituut over de wachttijdgegevens van de GGZ bevestigt deze zorg over deze data.

Er wordt terecht steeds meer proactiviteit van ons verwacht op het gebied van inzicht, gebruik en analyse van wachttijden en de inzet van zorgbemiddeling. De NZa geeft in de terugkoppeling van het *onderzoek naar de proactiviteit van zorgverzekeraars zorgplicht MSZ en GGZ* terug dat de grootste verbeterpunten zitten in het borgen van inzicht in knelpunten, het daarop handelen en evalueren en bijstellen van het eigen handelen. De NZa verwacht terecht dat wij ons blijvend en actief inzetten om vanuit onze verantwoordelijkheid en mogelijkheden te realiseren dat de zorg voor zijn verzekerden binnen redelijke tijd, afstand en termijn beschikbaar is. Menzis wil dit ook. De huidige stuurinformatie is echter onvoldoende om te komen tot een goede match van vraag en aanbod.

Specifiek voor onze regio's willen we daarom inzicht krijgen op de situatie van onze eigen verzekerden. Om te kunnen volgen of het ingezette beleid leidt tot een vermindering van de wachttijd en/of de aantallen wachtenden hebben we goede data nodig. Met (kern)instellingen in onze regio's hebben we afgesproken dat in 2025 de wachttijden binnen de eigen organisatie geïnventariseerd en gemonitord worden en dat zij periodiek specifieke wachttijdgegevens voor verzekerden van Menzis bij ons aanleveren. Deze afspraak maken we ook voor 2026. Door het verbeteren van inzicht kunnen we gericht in actie komen om de toegankelijkheid van zorg voor de cliënten te vergroten die de zorg het hardst nodig hebben.

Plannen van Aanpak

Met de grotere aanbieders in onze regio's zijn verder plannen van aanpak en concrete afspraken gemaakt om de gesignaleerde knelpunten en de te nemen maatregelen periodiek te bespreken en te evalueren. In 2026 gaan we deze afspraken voortzetten om ons blijvend samen in te spannen op het verminderen van te lange wachttijden.

We vragen in 2026 van de (kern)instellingen in de Menzisregio's:

- dat er een Plan van Aanpak (PvA) is per doelgroep waar wachttijden de Treeknormen overschrijden en/of voor beleidsspeerpunten, die ervoor moeten zorgen dat de GGZ ook op termijn toegankelijk blijft. Het PvA bevat concrete acties, meetbare KPI's en een duidelijke planning;
- dat over dit PvA periodiek wordt gesproken met de zorginkoper om te komen tot concrete acties en oplossingen;
- dat het PvA wordt bijgesteld als dit niet leidt tot het gewenste resultaat;
- dat periodiek met Menzis signalen over wachttijden en wachtenden worden besproken, waarvan de voortgang wordt vastgelegd in een verslag;
- dat periodiek informatie bij Menzis aangeleverd wordt over het aantal wachtenden per doelgroep en de verwachte ontwikkeling in wachttijden voor de komende zes maanden. De zorgaanbieder doet dit door het vullen van het door ons aangeleverde format hiervoor;
- dat de zorgaanbieder transparantie biedt over wachttijden naar onze verzekerden en andere zorgaanbieders, onder andere door het naar waarheid bij de NZa correct en tijdig aanleveren van gegevens over wachttijden en wachtenden. Deze gegevens komen overeen met de gegevens in de verwijsapplicatie (bijvoorbeeld Zorgdomein) en op de website van de zorgaanbieder;
- dat de zorgaanbieder verzekerden actief wijst op de mogelijkheid tot zorgbemiddeling via onze afdeling Zorgadvies als er sprake is van een wachttijd boven de Treeknorm;
- dat de capaciteit van de zorgaanbieder optimaal benut wordt en er actief wordt meegewerkt aan regionale oplossingen, ook als dat het verplaatsen van zorg tussen zorgaanbieders betekent.

Algemene afspraken

Daarnaast verwachten we van alle aanbieders, ook buiten onze regio's, dat zij bij het in zorg nemen van cliënten de complexiteit en urgentie van de zorgvraag in acht nemen en dit meenemen in de afweging wie wanneer in zorg kan komen.

Als iemand toch in zorg wil bij een specifieke aanbieder met een lange wachttijd, dan kan dat alléén als de zorgaanbieder de inschatting heeft gemaakt dat dit verantwoord is én als de zorgaanbieder de betreffende persoon actief ondersteuning biedt tijdens de wachtperiode.

Als wij kunnen helpen bij het bemiddelen van onze verzekerden naar de juiste behandelaar, dan doen we dit uiteraard graag met onze afdeling Zorgadvies.

Verwijsdatum in declaratieverkeer

Om verzekerden (zoveel mogelijk) binnen de Treeknormen toegang te geven tot noodzakelijke zorg, hebben zorgverzekeraars beter inzicht nodig in de wachtlijsten van zorgaanbieders. De huidige sturingsinformatie schiet daarin tekort en daarom zijn we met het veld op zoek naar gepaste oplossingen. In 2024 is de NZa gestart met een pilot om wachttijdinformatie af te leiden uit declaratiedata, waarbij zij gebruik maakt van het informatie-element 'verwijsdatum'. Deze pilot wordt in 2025 voortgezet. Vooralsnog is het onduidelijk of de NZa de 'verwijsdatum' per 01-01-2026 of 01-01-2027 verplicht zal stellen in het declaratieverkeer. Op dit moment leveren al veel zorgaanbieders de verwijsdatum aan. Voorsortend op een mogelijke verplichting vragen wij alle GGZ-aanbieders om vanaf 2026 de verwijsdatum te vullen en mee te geven in het declaratieverkeer. Met deze informatie is het mogelijk om tijdig, in

gezamenlijkheid met het veld, tot goede afbakening van definities voor de verschillende wachttijden te komen én te onderzoeken of deze methodiek op termijn de aanlevering van wachttijdinformatie via Zorgbeeldportaal kan vervangen.

Duurzaamheid

Als zorgverzekeraars willen we – naast verduurzaming van onze eigen organisatie – ons inzetten om de verduurzaming van het gehele zorglandschap te versnellen (Zvw- en Wlz-breed). De Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ 3.0)² - die ondertekend is door Zorgverzekeraars Nederland, de verschillende zorgbranches, individuele zorgverzekeraars en veel zorgaanbieders - vormt hiervoor de basis. Veel zorgaanbieders/leveranciers hebben inmiddels grote of kleinere stappen gezet om hun zorg te verduurzamen. Via ons zorginkoopbeleid willen we zorgaanbieders aansporen om verder te werken aan de doelen en afspraken uit de GDDZ 3.0. Als zorgverzekeraars zorgen we voor gelijkgericht beleid en sluiten we zoveel mogelijk aan op de focuspunten die de zorgbranches het belangrijkste vinden. De volledige tekst van het uniforme Zorginkoopbeleid 2026 is hier te vinden, inclusief de specifieke afspraken voor de GGZ.

Zorgcoördinatie

Met zorgcoördinatie ontvangen patiënten de juiste zorg en wordt de schaarse capaciteit van zorgpersoneel effectief en efficiënt ingezet.

Zorgcoördinatie ondersteunt patiënten en zorgverleners bij het vinden van passende zorg bij een acute (niet_ levensbedreigende) zorgvraag. Dit kan bijvoorbeeld gaan om het inzetten van een huisartsenzorgpost, ambulancezorg of ongeplande nachtzorg. Ook kan zorgcoördinatie helpen bij het afschalen van de urgentie van de (acute) zorgvraag (triage) en bij het vinden van vervolgzorg voor een patiënt, bijvoorbeeld een bed voor eerstelijnsverblijf. Zorgcoördinatie kan hiermee, door het regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren, bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in Nederland. Voor patiënten blijft de toegang tot acute zorg overzichtelijk, want zorgcoördinatie komt samen in één (virtueel) loket. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om te streven naar landelijk dekkende inkoop van zorgcoördinatie vanaf 1 januari 2025.

In geen van de ROAZ-regio's is het initiatief voor zorgcoördinatie zover ontwikkeld dat reguliere inkoop al mogelijk is. Hier wordt door de ROAZ-en samen met de zorgaanbieders hard aan gewerkt. Als zorgverzekeraar zijn we hier nauw bij betrokken. Het ROAZ voert de regionale uitwerking van zorgcoördinatie uit en wij volgen wij de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie in relatie tot ons gepubliceerde inkoopbeleid. Als deze ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven, publiceren wij aanvullend beleid.

² [Green Deal Samen werken aan duurzame zorg \(Green Deal 3.0\)](#)

Wijzigingen

Hieronder zijn de aanpassingen ten opzichte van het vorige zorginkoopbeleid te vinden, inclusief verwijzingen naar meer informatie. In de bijlage is overzicht van de (gewijzigde) minimumeisen te vinden voor het verkrijgen van een overeenkomst.

Datum	Onderwerp	Wijziging	Meer info
1 januari 2026	Inclusie van zorg	<p>Nieuwe minimumeisen instellingen en vrijgevestigden:</p> <p>De zorgaanbieder hanteert geen van de volgende kenmerken als exclusie criterium voor het in zorg nemen van mensen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • crisisgevoeligheid • (vermoeden van) autisme • intelligentiequotiënt 	Zie hoofdstuk 'Inclusie als uitgangspunt' en minimumeisen 30 vrijgevestigden en minimumeisen 35 instellingen
1 januari 2026	Groepsbehandelingen	<p>Nieuwe minimumeisen instellingen:</p> <p>De zorgaanbieder biedt (ook) groepsbehandelingen aan cliënten of heeft een plan van aanpak hoe zij hier in 2026 toe gaan komen.</p>	Zie hoofdstuk 'Inzet groepsbehandelingen' en minimumeisen 37 instellingen
1 januari 2026	Voldoen van vorderingen	<p>Nieuwe minimumeisen instellingen en vrijgevestigden:</p> <p>De zorgaanbieder heeft alle vorderingen die Menzis op hem heeft, voldaan binnen de daarvoor gestelde betaaltermijnen, dan wel is er een betalingsregeling afgesproken.</p>	Minimumeisen 13 vrijgevestigden en minimumeisen 13 instellingen
1 januari 2026	Warme overdracht	<p>Aangepaste minimumeisen vrijgevestigden en instellingen:</p> <p>Indien, vanuit inhoudelijke redenen, blijkt dat een cliënt elders beter passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen, dan begeleidt de zorgaanbieder de betreffende cliënt zelf naar het andere passende aanbod. Cliënten worden niet terugverwezen naar de huisarts.</p> <p>Dit was vóór 2025:</p>	Zie hoofdstuk 'Inclusie als uitgangspunt' en minimumeisen 31 vrijgevestigden en minimumeisen 36 instellingen

		De zorgaanbieder zorgt voor een warme overdracht naar ander passend aanbod indien een cliënt elders beter passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen. Eenmaal verwezen personen worden in deze situatie niet terugverwezen naar de huisarts.	
1 januari 2026	Periodiek monitoren en evalueren behandelvoortgang	<p>Aanpassing minimumeis vrijgevestigden en instellingen:</p> <p>De zorgaanbieder monitort en evalueert periodiek de behandelvoortgang samen met de cliënt, om te concluderen wanneer het geen toegevoegde waarde meer heeft om de behandeling voort te zetten omdat er een te beperkte of geen gezondheidseffect meer wordt verwacht of omdat bepaalde aandoeningen chronisch (en zodoende mogelijk om andere ondersteuning/begeleiding vragen) zijn; dit met inachtneming van de behandelrichtlijnen.</p> <p>Dit was vóór 2025: De zorgaanbieder monitort en evalueert periodiek de behandelvoortgang samen met de cliënt, om te concluderen wanneer het geen toegevoegde waarde meer heeft om de behandeling voort te zetten omdat er een te beperkte of geen gezondheidseffect meer wordt verwacht of omdat bepaalde aandoeningen chronisch (en zodoende mogelijk om andere ondersteuning/begeleiding vragen) zijn.</p>	Minimumeis 21 vrijgevestigden en minimumeis 19 instellingen
1 januari 2026	Toepassen en bespreken klantfeedbackmethode	<p>Aanpassing minimumeis vrijgevestigden en instellingen:</p> <p>De zorgaanbieder past voor cliënten een gestructureerde effectmeting toe en bespreekt deze met de cliënt.</p> <p>Dit was vóór 2025: De zorgaanbieder past voor klanten een gestructureerde effectmeting en klantfeedbackmethode toe en bespreekt deze met de cliënt.</p>	Minimumeis 19 vrijgevestigden en minimumeis 17 instellingen.

1 januari 2026	Duurzaamheid	<p>Nieuwe minimumeisen instellingen:</p> <ul style="list-style-type: none">• De zorgaanbieder heeft de CO₂-portefeuilleroute kaart gereed en ingediend bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg.• * De zorgaanbieder heeft de afvalstromen in kaart gebracht.• * De zorgaanbieder heeft ten minste één nieuw groen initiatief in 2026 uit de lijst die zorgverzekeraars gepubliceerd hebben³ geïmplementeerd óf een initiatief uit een andere bron met bewezen positief effect op klimaat en/of milieu. <p>Deze minimumeisen vervangen die uit 2025:</p> <ul style="list-style-type: none">• De zorgaanbieder committeert zich aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0) en de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van de Nederlandse GGZ. De zorgaanbieder verankert daarnaast duurzaamheid in zijn strategie;• Indien de zorgaanbieder vastgoed in eigendom heeft en meer dan 250 fte aan medewerkers in dienst heeft, heeft de zorgaanbieder een vastgestelde CO₂-route kaart inclusief strategisch vastgoedbeheerplan aangeleverd bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ);	Minimumeisen instellingen 31, 32 en 33
----------------	--------------	--	--

³ Zie voor de Groene Initiatieven: [tabel groene initiatieven \(zn.nl\)](https://www.zn.nl/over-zn/groene-initiatieven).

Wat koopt Menzis in?

We kopen curatieve geestelijke gezondheidszorg in, die verzekerd is op basis van de Zorgverzekeringswet. Het kwaliteitsbeleid wordt bepaald door de minimumeisen die we stellen ten aanzien van zorgaanbieders.

Bij wie koopt Menzis in?

Inkoopeisen

Voor alle zorgaanbieders (nieuwe en bestaande), die gecontracteerd willen worden in 2026, gelden dezelfde minimumeisen. In de bijlage hebben we de criteria vermeld. Bij elke categorie voorwaarde staat per wanneer u hieraan moet voldoen. Niet (tijdig) voldoen aan de minimumeisen betekent dat wij ins 2026 geen overeenkomst met u aangaan.

We gaan uit van de integriteit van de zorgaanbieders en controleren steekproefsgewijs of zorgaanbieders voldoen aan de inkoopvoorwaarden. Daarvoor kunnen we bewijsstukken opvragen. Als we de benodigde informatie uit openbare bronnen kunnen krijgen, doen we dat. We maken onder andere gebruik van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ).

Als er op het moment van inschrijving nog een schuld uitstaat bij Menzis Zorgverzekeraar N.V. en/of Anderzorg N.V., dan moet deze op het moment dat we de overeenkomst aangaan, zijn terugbetaald of verrekend. Zo niet, dan gaan we alleen een overeenkomst aan als er afspraken zijn gemaakt over de terugbetaling.

Winstmarges

Wanneer een zorgaanbieder een hoge winstmarge realiseert voor eigen gewin, zullen we vanuit Menzis daarmee rekening houden in ons financiële aanbod.

Financiële gezondheid

Wij zien regelmatig dat de zorglevering bij gecontracteerde zorginstellingen in de knel komt of zelfs stopt door financiële problemen. Om dit te voorkomen, kijken we bij een zorgaanbieder – die in 2025 geen overeenkomst met Menzis had – wanneer deze zich aanmeldt om in aanmerking te komen voor een overeenkomst 2026 óók naar de financiële gezondheid. We toetsen of de solvabiliteitsratio ten minste 25% is en de liquiditeit ten minste 1% of hoger (bron: jaarrekening 2024).

Prestaties en settings onder extra voorwaarden

Setting Hoogspecialistische zorg

Deze setting kopen we in bij zorgaanbieders/afdelingen, die op de limitatieve lijst Hoogspecialistische GGZ 2026 staan, zoals beschreven in de handreiking Hoogspecialistische GGZ. Deze behandeling kunt u vervolgens declareren als de behandeling op individueel niveau voldoet aan de criteria, zoals beschreven in de Handreiking Hoogspecialistische GGZ.

Prestatie Esketamine neusspray (Spravato)

Deze behandeling kopen we selectief in bij zorgaanbieders, die voldoen aan de landelijk gestelde eisen.

Setting Outreachende zorg

Deze setting kopen we in bij zorgaanbieders, die onderdeel uitmaken van het regioplan acute zorg, zoals is opgesteld door de regionale penvoerder Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP).

Consultatiefunctie sociaal domein

Vanuit Menzis zullen we de consultatiefunctie GGZ voor het sociaal domein in 2026 gericht inkopen. De in 2025 hiervoor gecontracteerde aanbieders in de acute GGZ-regio's Gelderland Midden/Zuid, Gelderland Noord, Groningen en Twente zullen hiervoor door ons benaderd worden. Voor de overige regio's geldt dat wij gelijkgericht inkopen in het verlengde van de door de coördinerend verzekeraar(s) aldaar gemaakte afspraken.

Zorgaanbieders uit de genoemde acute GGZ-regio's die in 2025 geen afspraak met ons hebben, maar desondanks een regionaal plan en offerte willen uitbrengen, kunnen daarover vooraf contact opnemen met hun inkoper. Eventueel uit te brengen offertes kunnen uiterlijk op maandag 2 juni 2025 per e-mail bij de inkoper worden ingediend. Alleen complete regionale plannen en offertes nemen we in behandeling. De inhoud waaraan het regionale plan en de offerte moet voldoen, [is te vinden op pagina's 9 tot en met 11 van de leidraad](#).

Inkoopproces

Type aanbieder	Type inkoop	Duur overeenkomst	Wijze van contact	Contact
Instelling met onderhandeling	Digitaal via het Zorginkoopportaal van VE-COZO en via het contractformulier	Eenjarig (kalenderjaar 2026) of meerjarig	E-mail, telefoon en/of persoonlijk contact	Zorginkoper
Instelling zonder onderhandeling en vrijgevestigde aanbieder	Digitaal via het Zorginkoopportaal van VE-COZO	Eenjarig (kalenderjaar 2026)	E-mail en telefoon	Team Operationele Zorginkoop

Contracteerproces via VECOZO

Ook voor de inkoop voor 2026 worden alle vrijgevestigde praktijken en instellingen zonder onderhandeling digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO gecontracteerd. De vragenlijst in het Zorginkoopportaal staat uiterlijk 12 september 2025 open om een overeenkomst voor 2026 met ons aan te vragen. In 2025 gecontracteerde zorgaanbieders ontvangen automatisch bericht vanuit het Zorginkoopportaal zodra de vragenlijst klaarstaat. Om bemiddeling van onze verzekeren naar gecontracteerde zorgaanbieders zo goed mogelijk te laten verlopen, vragen we – indien van toepassing – om in de digitale vragenlijst zo duidelijk mogelijk aan te geven welke aandoeningen worden behandeld.

Contractering aanbieders, die in 2025 geen overeenkomst met Menzis hebben

Vrijgevestigden

Vrijgevestigde praktijken kunnen zich vanaf 1 april 2025 tot 1 september 2025 aanmelden voor een overeenkomst voor 2026. Dit kan door het [aanmeldformulier](#) op onze website in te vullen. Alleen voor nieuw startende vrijgevestigde praktijken geldt geen beperking in de datum voor het aanvragen van een overeenkomst voor 2026: zij kunnen zich ook ná 1 september 2025 via het [aanmeldformulier](#) aanmelden voor een overeenkomst.

Bij een positieve beoordeling ontvangt de zorgaanbieder een uitnodiging om de digitale vragenlijst in het Zorginkoopportaal van VECOZO in te vullen. Let op: vraag tijdig een certificaat aan bij VECOZO met de juiste autorisaties voor het Zorginkoopportaal.

Instellingen

Zorgaanbieders die ten minste één jaar in bedrijf zijn en die als ongecontracteerde zorgaanbieder over 2024 minimaal € 500.000,- aan omzet hebben voor de curatieve GGZ, komen in aanmerking om de vragenlijst in te vullen voor de aanvraag van een overeenkomst. We stellen op basis van Vektis-data (Zorgprisma) of het jaarverslag 2024 van de instelling vast of de omzet bij alle verzekeraars minstens € 500.000,- was voor curatieve GGZ binnen de Zorgverzekeringswet in 2024. De aanvraag dient uiterlijk 1 juni 2025 binnen te zijn via het online [contactformulier](#) op onze website. Een aanmelding ná 1 juni 2025 komt niet in aanmerking voor een overeenkomst in 2026.

Planning van de zorginkoop

Vanaf 12 november 2025 maken wij op onze Zorgvinders bekend met welke zorgaanbieders we een overeenkomst hebben voor 2026. Deze Zorgvinders werken we regelmatig bij. Zo weten onze klanten met welke zorgaanbieders we een overeenkomst hebben. Om onze klanten op tijd duidelijkheid te geven, willen we het contracteerproces uiterlijk op 1 november afronden. In uitzonderlijke gevallen kan de planning nog wijzigen. We informeren hierover op dezelfde manier als over dit zorginkoopbeleid.

De planning van het zorginkoopproces 2026 ziet er als volgt uit:

Planning vrijgevestigden

Datum	Actie	Wie	Via
Uiterlijk 1 april 2025	Publicatie zorginkoopbeleid 2026	Menzis	www.menzis.nl/zorgaanbieders en nieuwsbrief per mail
1 april 2025 – 1 september 2025	Aanmelden nieuwe zorgaanbieders (geen overeenkomst met Menzis in 2025)	Zorgaanbieder	Overeenkomst aanvragen
Geheel het jaar	Aanmelden nieuw startende vrijgevestigde praktijken		
Uiterlijk 12 september 2025	Start openstellen vragenlijst in VECOZO (inclusief eventueel aanbod overeenkomst) voor een overeenkomst 2026	Menzis	VECOZO
12 november 2025	Uiterste datum invullen vragenlijst en sluiting vragenlijst	Zorgaanbieder	VECOZO
Vanaf 12 november 2025	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	Menzis	Menzis Zorgvinder

Planning instellingen

Instellingen zonder onderhandelingen

Datum	Actie	Wie	Via
Uiterlijk 1 april 2025	Publicatie zorginkoopbeleid 2026	Menzis	www.menzis.nl/zorgaanbieders en nieuwsbrief per mail
1 juni 2025	Uiterste datum aanmelden nieuwe zorgaanbieders (geen overeenkomst met Menzis in 2025)	Zorgaanbieder	Overeenkomst aanvragen

Uiterlijk 12 september 2025	Start openstellen vragenlijst in VECOZO (inclusief eventueel aanbod overeenkomst) voor een overeenkomst 2026	Menzis	VECOZO
12 november 2025	Uiterste datum invullen vragenlijst en sluiting vragenlijst	Zorgaanbieder	VECOZO
Vanaf 12 november 2025	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	Menzis	Menzis Zorgvinder

Instellingen met onderhandelingen

Datum	Actie	Wie	Via
Uiterlijk 1 april 2025	Publicatie zorginkoopbeleid 2026	Menzis	www.menzis.nl/zorgaanbieders en nieuwsbrief per mail
1 juni 2025	Uiterste datum aanmelden nieuwe zorgaanbieders (geen overeenkomst met Menzis in 2025)	Zorgaanbieder	Overeenkomst aanvragen
Uiterlijk 1 september 2025	Start contractering	Menzis	Mail
Vanaf 12 november 2025	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	Menzis	Menzis Zorgvinder

Procedure aanvullende zorginkoop

Met aanvullende zorg inkopen bedoelen we 1) het inkopen van extra zorg door het verhogen van het budget bij bestaande contractanten en/of 2) het aangaan van contracten met extra zorgaanbieders. Als we gedurende het jaar 2026 aanvullende zorginkoop overwegen, dan is het beleid en de procedure als volgt:

1: Aanvullende zorginkoop bij bestaande contractanten

Als de zorgaanbieder tijdens het contractjaar voorziet dat het budget onvoldoende is, kan hij een verzoek indienen voor aanvullend budget, tenzij we contractueel afspreken dat een ophoging niet tot de mogelijkheden behoort. Dit kan tot uiterlijk 1 november 2026. Een zorgaanbieder doet dit zo spoedig mogelijk zodra 70% van het budget is bereikt. Aanvullend budget aanvragen kan via de zorginkoper of door het [formulier budgetophoging](#) op onze website in te vullen.

Wij toetsen de aanvraag onder andere op doelmatigheid, soort zorgaanbod (waaronder zorgvraagtypering), wachttijden en budgetruimte bij andere zorgaanbieders in dezelfde regio, en berichten binnen een maand over het besluit of we al dan niet aanvullend budget verstrekken. Indien extra tijd nodig is voor de beoordeling laten we dat schriftelijk weten.

2: Contractering nieuwe zorgaanbieders

Om diverse redenen kunnen we besluiten om extra zorg in te kopen door het contracteren van nieuwe zorgaanbieders. Indien dit het geval is, maken we dit bekend op dezelfde manier als dit zorginkoopbeleid. De minimumeisen voor deze aanvullende inkoopronde blijven gelijk aan die in dit zorginkoopbeleid (bijlage 1).

Bereikbaarheid

Heeft u vragen over het zorginkoopbeleid, de overeenkomsten of het zorginkoopproces? Dan kunt u vaak het antwoord op onze [website](#) vinden. Kunt u het antwoord niet vinden? Stel dan uw vraag via het [contactformulier](#). Uiteraard kunt u ook contact opnemen met uw contactpersoon bij Menzis.

Inspraak verzekerden en zorgaanbieders

In samenwerking met onze Ledenraad hebben we het Inspraakreglement Verzekerden opgesteld. Hierin is vastgelegd hoe, over welke onderwerpen en via welke kanalen onze verzekerden inspraak hebben. Conform de wet verzekerdeninvloed zorgverzekeringswet. Zo bespreken we met onze Ledenraad relevante thema's rond ons zorginkoopbeleid. Dit jaar hebben we het gehad over wachtlijstmanagement en zelfredzaamheid. U kunt het [uitgebreide verslag](#) hiervan vinden op onze website.



Bijlage

Bijlage 1. Minimumeisen

Minimumeisen zijn eisen waaraan de zorgaanbieder op het moment van het indienen van de vragenlijst/het offerteformat (tenzij anders aangegeven) moet voldoen én gedurende de duur van de overeenkomst aan moet (blijven) voldoen.

Minimumeisen vrijgevestigden

Zorgaanbieder vallend onder sectie II van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

1. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland per uiterlijk 1 januari 2026;
2. De zorgaanbieder heeft zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders gemeld en heeft – indien de Wtza dat vereist – een vergunning voor het verlenen van de zorg en voldoet aantoonbaar aan de vereisten van de Wtza;
3. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg;
4. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van het bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2026 afgesloten;
5. De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa;
6. De zorgaanbieder, zijn UBO en pseudo-UBO komen niet voor op enige nationale of internationale sanctielijst, waaronder in ieder geval de Nederlandse sanctielijst en de door de Europese Unie en de Verenigde Naties gehanteerde sanctielijsten worden begrepen;
7. De (pseudo-) UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd;
8. De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen;
9. Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies;
10. De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, diens werkzaamheden zijn niet gestaakt, jegens hem geldt geen surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord. De zorgaanbieder verkeert niet in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;
11. De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering niet meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
12. De zorgaanbieder heeft niet blijkgegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar waardoor dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties;
13. De zorgaanbieder heeft alle vorderingen die Menzis op hem heeft, voldaan binnen de daarvoor gestelde betaaltermijnen, dan wel is er een betalingsregeling afgesproken;
14. De Zorgaanbieder levert zorg die is gebaseerd op de geldende richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules in de GGZ en die voldoet aan de laatste stand van wetenschap en praktijk op basis van o.a. de meest recente circulaire therapieën van ZN;
15. De zorgaanbieder beschikt over een geldige inschrijving in het BIG-register;
16. De zorgaanbieder beschikt over een getoetst en geaccordeerd Landelijk Kwaliteitsstatuut (sectie II) dat is ingediend en geregistreerd bij het Zorginstituut Nederland en handelt hiernaar. Het Kwaliteitsstatuut is inzichtelijk voor cliënten;

17. De zorgaanbieder beschikt over een actuele eigen website, waarop informatie te vinden is over onder andere het zorgaanbod, de behandelmethodes en wachttijden en waarop het geaccordeerd Landelijk Kwaliteitsstatuut te vinden is. Deze website bevat alleen informatie van de eigen praktijk en is geen gedeelde website met andere zorgaanbieders;
18. De zorgaanbieder⁴ beschikt over een erkend en in geheel 2026 geldig visitatiecertificaat⁵ van het⁶ NIP, LVVP, NVGZP of NVvP, dat voldoet aan de hieronder genoemde eisen:
De visitatie:
 - is verplicht, vindt periodiek plaats (minimaal elke vijf jaar) en heeft dus een beperkte geldigheidsduur;
 - vindt plaats op basis van vooraf door de visiterende instantie vastgestelde kwaliteitscriteria;
 - wordt uitgevoerd door een voor zijn functie opgeleide en bevoegde visiteur;
 - gebeurt face-to-face (al dan niet digitaal) tussen gevisiteerde en visiteur(s);
 - kan zowel individueel als in praktijkverband worden afgenomen;
 - is gericht op het toetsen en begeleiden van de gevisiteerde op basis van de vastgestelde kwaliteitscriteria;
 - leidt tot een rapport, opgesteld over de gevisiteerde, door de visiteur;
 - leidt tot een oordeel van een onafhankelijke visitatiecommissie/beoordelingscommissie, waarna besloten wordt tot het al dan niet positief afgerond hebben van het visitatietraject;
 - leidt tot een in 2026 geldig visitatiecertificaat.
 - voor nieuw startende zorgaanbieders (korter dan 5 jaar geleden gestart op basis van de inschrijving bij de KvK) is een lidmaatschap van een branche- of beroepsorganisatie, die visitatie kan afnemen en daarbij de verplichting binnen 5 jaar na start gevisiteerd te zijn voldoende;
19. De zorgaanbieder past voor klanten een gestructureerde effectmeting toe en bespreekt deze met de cliënt;
20. De zorgaanbieder past een klanttevredenheidsmeting toe;
21. De zorgaanbieder monitort en evalueert periodiek de behandelvoortgang samen met de cliënt, om te concluderen wanneer het geen toegevoegde waarde meer heeft om de behandeling voort te zetten omdat er een te beperkte of geen gezondheidseffect meer wordt verwacht of omdat bepaalde aandoeningen chronisch (en zodoende mogelijk om andere ondersteuning/begeleiding vragen) zijn; dit met inachtneming van de behandelrichtlijnen;
22. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de meest actuele Governancecode Zorg ingevoerd (bij rechtspersonen) of kan aantonen hoe hij de governance heeft ingericht (natuurlijke personen, VOF en eenmanszaak);
23. De zorgaanbieder levert enkel diagnostische prestaties die zijn gericht op een behandeling door de zorgaanbieder zelf. Uitgezonderd hiervan is diagnostiek in het kader van een second opinion;
24. De zorgaanbieder zorgt voor een brede, gestandaardiseerde triage op alle levensdomeinen (bijvoorbeeld door gebruik van de vragenlijst Mijn Positieve Gezondheid of soortgelijke triage-methodieken);
25. De zorgaanbieder biedt aan iedere cliënt actief de mogelijkheid om digitaal zorg te ontvangen, zoals beschreven in de zorgstandaard Digitale zorg;
26. De zorgaanbieder levert actuele wachttijdinformatie aan bij de NZa;
27. De aanbieder streeft naar een zo kort mogelijke wachttijd en houdt geen wachtlijsten aan die langer zijn dan de Treeknorm. Indien de wachttijd, om welke reden dan ook, langer is dan de Treeknorm meldt de zorgaanbieder dit bij de zorgverzekeraar en verwijst de zorgaanbieder de verzekerde naar een andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder dan wel naar de Zorgadviseur van de zorgverzekeraar, tenzij de verzekerde aantoonbaar op zijn nadrukkelijk verzoek op de wachtlijst wil blijven staan;
28. De zorgaanbieder meldt verzekerden die een behandeling in de GGZ nodig hebben maar voor wie via de reguliere kanalen geen passende behandelplek gevonden kan worden, indien nodig zelf aan bij de tafels van de Regionale doorzettingsmacht;

⁴ De visitatieverplichting geldt per praktijk. Als per praktijk de helft of meer van de regiebehandelaren is gevisiteerd, is dit voldoende om in aanmerking te komen voor een overeenkomst in 2026.

⁵ Dit kunnen ook twee certificaten zijn als het huidige certificaat in de loop van het jaar wordt verlengd

⁶ Andere visitatiecertificaten dienen eerst inhoudelijk beoordeeld te worden door Menzis op bovengenoemde eisen.

29. De zorgaanbieder schoont de wachtlijst minimaal 2 keer per jaar op en zorgt ervoor dat het overzicht op de eigen website te allen tijde actueel is;
30. De zorgaanbieder hanteert geen van de volgende kenmerken als exclusiecriteria voor het in zorg nemen van mensen:
 - o Crisisgevoeligheid;
 - o (vermoeden van) autisme;
 - o Intelligentiequotiënt;
31. Indien, vanuit inhoudelijke redenen, blijkt dat een cliënt elders beter passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen, dan begeleidt de zorgaanbieder de betreffende cliënt zelf naar het andere passende aanbod. Cliënten worden niet terugverwezen naar de huisarts.

Minimumeisen instellingen

Zorgaanbieder vallend onder sectie III van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

1. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland per uiterlijk 1 januari 2026;
2. De zorgaanbieder heeft zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders gemeld en heeft – indien de Wtza dat vereist – een vergunning voor het verlenen van de zorg en voldoet aantoonbaar aan de vereisten van de Wtza;
3. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg;
4. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van het bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2026 afgesloten;
5. De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa;
6. De zorgaanbieder, zijn UBO en pseudo-UBO komen niet voor op enige nationale of internationale sanctielijst, waaronder in ieder geval de Nederlandse sanctielijst en de door de Europese Unie en de Verenigde Naties gehanteerde sanctielijsten worden begrepen;
7. De (pseudo-) UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd;
8. De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen;
9. Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies;
10. De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, diens werkzaamheden zijn niet gestaakt, jegens hem geldt geen surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord. De zorgaanbieder verkeert niet in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;
11. De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering niet meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
12. De zorgaanbieder heeft niet blijkgegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar waardoor dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties;
13. De zorgaanbieder heeft alle vorderingen die Menzis op hem heeft, voldaan binnen de daarvoor gestelde betaaltermijnen, dan wel is er een betalingsregeling afgesproken;
14. De Zorgaanbieder levert zorg die is gebaseerd op de geldende richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules in de GGZ en die voldoet aan de laatste stand van wetenschap en praktijk op basis van o.a. de meest recente circulaire therapieën van ZN;

15. De zorgaanbieder beschikt over een getoetst en geaccordeerd Landelijk Kwaliteitsstatuut (sectie III) dat is ingediend en geregistreerd bij het Zorginstituut Nederland en handelt hiernaar. Het Kwaliteitsstatuut is inzichtelijk voor cliënten;
16. De zorgaanbieder beschikt over een actuele website, waarop informatie te vinden is over onder andere het zorgaanbod, de behandelmethodes en wachttijden en waarop het geaccordeerd Landelijk Kwaliteitsstatuut te vinden is;
17. De zorgaanbieder past voor cliënten een gestructureerde effectmeting toe en bespreekt deze met de cliënt;
18. De zorgaanbieder past een klanttevredenheidsmeting toe;
19. De zorgaanbieder monitort en evalueert periodiek de behandelvoortgang samen met de cliënt, om te concluderen wanneer het geen toegevoegde waarde meer heeft om de behandeling voort te zetten omdat er een te beperkte of geen gezondheidseffect meer wordt verwacht of omdat bepaalde aandoeningen chronisch (en zo doende mogelijk om andere ondersteuning/begeleiding vragen) zijn; dit met inachtneming van de behandelrichtlijnen;
20. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de meest actuele Governancecode Zorg ingevoerd (bij rechtspersonen) of kan aantonen hoe hij de governance heeft ingericht (natuurlijke personen, VOF en eenmanszaak);
21. De zorgaanbieder heeft een ambulante zorgaanbod;
22. De zorgaanbieder levert enkel diagnostiek die gericht is op een behandeling door de zorgaanbieder zelf. Uitzonderd hiervan is diagnostiek in het kader van een second opinion;
23. De zorgaanbieder zorgt voor een brede, gestandaardiseerde triage op alle levensdomeinen (bijvoorbeeld door gebruik van de vragenlijst Mijn Positieve Gezondheid of soortgelijke triage-methodieken);
24. De zorgaanbieder biedt aan iedere cliënt actief de mogelijkheid om digitaal zorg te ontvangen, zoals beschreven in de zorgstandaard Digitale zorg;
25. De zorgaanbieder heeft een strategie op digitalisering van zorg als onderdeel van de eigen bedrijfsstrategie;
26. De zorgaanbieder levert actuele wachttijdinformatie aan bij de NZa;
27. De aanbieder streeft naar een zo kort mogelijke wachttijd en houdt geen wachtlijsten aan die langer zijn dan de Treeknorm. Indien de wachttijd, om welke reden dan ook, langer is dan de treeknorm:
 - o participeert de zorgaanbieder in het transfermechanisme/transfertafel of werkt samen met andere aanbieders in de regio om de wachttijden binnen de treeknormen te krijgen;
 - o meldt de zorgaanbieder dit bij de zorgverzekeraar en verwijst de zorgaanbieder de verzekerde naar een andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder dan wel naar de zorgadviseur van de zorgverzekeraar, tenzij de verzekerde aantoonbaar op zijn nadrukkelijk verzoek op de wachtlijst wil blijven staan;
28. De zorgaanbieder meldt verzekerden die een behandeling in de GGZ nodig hebben, maar voor wie geen passende behandelplek gevonden kan worden zelf aan bij de tafels van de Regionale doorzettingsmacht;
29. De zorgaanbieder biedt cliënten die op de eigen wachtlijst staan ondersteuning, bijvoorbeeld door inzet van e-health;
30. De zorgaanbieder schoont de wachtlijst minimaal 2 keer per jaar op en zorgt ervoor dat het overzicht op de eigen website te allen tijde actueel is;
31. De zorgaanbieder heeft de CO₂-portefeuillerroutekaart gereed en ingediend bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg.
32. De zorgaanbieder heeft de afvalstromen in kaart gebracht.
33. De zorgaanbieder heeft ten minste één nieuw groen initiatief in 2026 uit de lijst die zorgverzekeraars gepubliceerd hebben⁷ geïmplementeerd óf een initiatief uit een andere bron met bewezen positief effect op klimaat en/of milieu.
34. De zorgaanbieder heeft in 2024 een minimumomzet van € 500.000,- uit de levering van curatieve GGZ;
35. De zorgaanbieder hanteert geen van de volgende kenmerken als exclusiecriteria voor het in zorg nemen van mensen:

⁷ Zie voor de Groene Initiatieven: [tabel.groeneinitiatieven \(zn.nl\)](https://tabel.groeneinitiatieven.zn.nl).

- Crisisgevoeligheid;
 - (vermoeden van) autisme;
 - Intelligentiequotiënt;
36. Indien, vanuit inhoudelijke redenen, blijkt dat een cliënt elders beter passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen, dan begeleidt de zorgaanbieder de betreffende cliënt zelf naar het andere passende aanbod. Cliënten worden niet terugverwezen naar de huisarts;
37. De zorgaanbieder biedt (ook) groepsbehandelingen aan cliënten of heeft een plan van aanpak hoe zij hier in 2026 toe gaan komen.

Aanvullende minimumeis voor nieuwe zorgaanbieders

Zorgaanbieder die in 2025 geen overeenkomst met Menzis had

De zorgaanbieder heeft een solvabiliteitsratio van minimaal 25% en een liquiditeit van minimaal 1% (bron: jaarrekening 2024).

Minimumeis voor de inkoop van de prestatie Esketamine neusspray (Spravato)

De zorgaanbieder voldoet aan de 'criteria voor specialistische centra die behandeling willen bieden met intranasale esketamine'.

Minimumeis voor de inkoop van prestaties vallend onder de Setting Hoogspecialistisch

De zorgaanbieder en de betreffende afdeling van die zorgaanbieder staat op de limitatieve lijst Hoogspecialistische GGZ 2026, zoals beschreven in de handreiking Hoogspecialistische GGZ. Een behandeling kan de zorgaanbieder alleen declareren onder deze setting als de behandeling op individueel niveau voldoet aan de criteria, zoals beschreven in de Handreiking Hoogspecialistische GGZ.

Minimumeis voor de inkoop van prestaties vallend onder de Setting Outreachende zorg

De zorgaanbieder maakt deel uit van het regioplan acute zorg, zoals opgesteld door de regionale penvoerder Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP).