



Zorginkoopbeleid 2026

Huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en
Huisartsendienstenstructuur (HDS)

Transformeren naar duurzaam
toegankelijke en betaalbare zorg.

Inhoud

Voorwoord	4
Coöperatie Menzis	5
Wat willen we bereiken?	5
Continuïteit en toekomstbestendigheid van huisartsenzorg	6
Samenwerking	7
Proactieve zorgplanning	7
Digitalisering en gegevensuitwisseling	8
Transformatiemiddelen	9
Duurzaamheid	9
Zorgcoördinatie	10
Wijzigingen zorginkoopbeleid in 2026	11
Wat koopt Menzis in?	12
Basishuisartsenzorg (segment 1)	12
Meedenkadvies	12
Prestatie Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP)	12
Aanvullende modules (segment 2 en 3) gecontracteerd via individuele huisarts of Samenwerkingsverband	12
Aanvullende modules (segment 2 en 3) alléén via het Samenwerkingsverband gecontracteerd	14
Wijkgerichte zorg en zorgvernieuwing	15
Wat koopt Menzis niet meer in?	16
Module praktijkondersteuning (POH) kopen wij niet meer in	16
Bij wie koopt Menzis in?	16
Huisartsenpraktijken	16
Samenwerkingsverbanden	17
Huisartsendienstenstructuur	17
Inkoopeisen	17
Inkoopproces	18
Nieuwe zorgaanbieders	18
Planning van de zorginkoop	18

Procedure aanvullende zorginkoop	20
Bereikbaarheid	20
Inspraak verzekerden	20
Bijlage 1. Minimumeisen	22
Aanvullende minimumeisen (kwaliteit) basishuisartsenzorg	22
Aanvullende minimumeisen multidisciplinaire zorg (ketenzorg, organisatie en infrastructuur, en/of zorgvernieuwingsprojecten)	23
Aanvullende minimumeisen huisartsendienstenstructuur	23

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 te 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

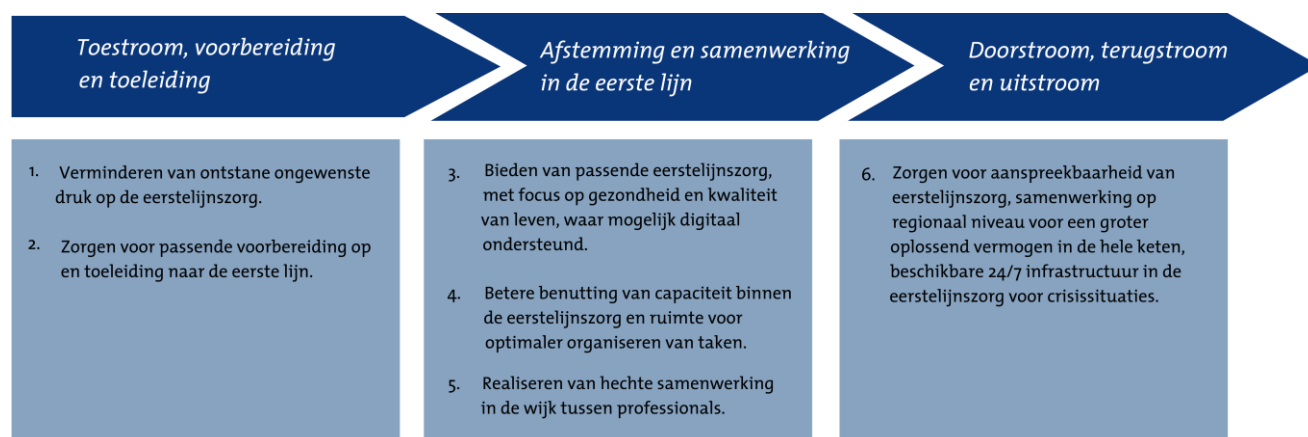
Coöperatie Menzis

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?

De dringende noodzaak om nu en in de toekomst iedereen van passende zorg te voorzien, wordt steeds breder erkend. Passende zorg is de aanpak om de zorg in Nederland voor iedereen goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Dit vraagt om een scherpe focus en weloverwogen keuzes. Zo focussen wij ons op ‘Zelf als het kan’, ‘Thuis als het kan’ en ‘Digitaal als het kan’. Er is steeds meer mogelijk en behandelingen vinden steeds vaker (deels) thuis plaats. Wanneer alledaagse handelingen door ziekte of ouderdom moeilijker worden, zetten professionals zich in om de cliënt zo veel mogelijk (weer) zelfstandig te laten functioneren. Dit gebeurt thuis, ondersteund met hulpmiddelen en technologieën. Zorg en ondersteuning kunnen, al dan niet tijdelijk, eenvoudig worden opgeschaald om crisissituaties te voorkomen. Om te komen tot keuzes staan de principes van Positieve Gezondheid centraal, met de nadruk op wat iemand nog wél kan. We noemen dit bij Menzis leefkracht.

Goede onderlinge samenwerking in de keten van huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal domein en andere specialisten (zoals kortdurende zorg, apothekers en paramedici) in de regio is hiervoor essentieel. Vanuit Menzis zetten we ons de komende jaren in om, samen met onze zorgaanbieders in de regio, te werken aan samenwerking in de eerstelijnszorg. Dit doen we in lijn met de Visie eerstelijnszorg 2030, waaraan zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich hebben verbonden. Daarin hebben we landelijk afgesproken om in de komende jaren toe te werken naar het versterken van regionale samenwerking in regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden (RESV) en met hechte wijkverbanden. We volgen hierbij de landelijke ontwikkelingen op de voet. We onderschrijven de lijn van de verschillende landelijke zorg- en welzijnakkoorden, en zetten ons in onze regio's in voor de uitvoering daarvan.



Afbeelding: doelen uit visie eerstelijnszorg 2030

De huisarts is over het algemeen de eerste zorgprofessional tot wie een patiënt zich wendt met vragen over de gezondheid. Daarmee heeft de huisarts een cruciale rol in de toestroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in zorg en welzijn. Met de inzet van middelen als (digitale) triage (denk aan thuisarts.nl, moetiknaardedokter.nl, en dergelijke) wordt gekeken in hoeverre zorg daadwerkelijk nodig is en daarmee draagt het bij aan de zelfredzaamheid van patiënten.

Met de inzet van Proactieve Zorgplanning (hierna PZP) - voorheen Advance Care planning (ACP) - worden patiënten geholpen door gezamenlijk te kijken naar de huidige zorgbehoefte, maar ook naar toekomstige zorgvragen. In gezamenlijkheid wordt gekeken of er sprake is van medisch noodzakelijke (en wenselijke) zorg, of het mogelijk is om behandelingen over te hevelen, of patiënten beter op hun plek zijn binnen het sociaal domein of zorg kunnen ontvangen via de Wet langdurige zorg (Wlz).

Continuïteit en toekomstbestendigheid van huisartsenzorg

De vraag naar huisartsenzorg neemt toe als gevolg van het groeiend aantal (thuiswonende) ouderen, meer mensen met een chronische aandoening en verschuiving van zorg vanuit medisch specialistische zorg en GGZ naar de huisartsenpraktijk. Tegelijkertijd zien we een daling van de beroepsbevolking en een toenemende druk op mantelzorgers. Dit alles zet de huisartsenzorg onder druk.

Om huisartsenzorg toegankelijk te houden voor iedereen en dichtbij voor chronische en kwetsbare patiënten zetten we in op:

- Meer regionale en lokale samenwerking, onder andere met wijkverpleging en het sociaal domein;
- Bieden van passende zorg;
- Meer hybride werken met aandacht voor zelfzorg;
- Digitale triage;
- Nieuwe manieren van werken.

Om deze ontwikkelingen in gang te zetten hebben we in 2025 de 'prestatie toeslag basishuisartsenzorg' geïntroduceerd. Met deze prestatie is het mogelijk tijdelijk meer financiële ondersteuning te ontvangen voor de toekomstbestendigheid van basishuisartsenzorg als er sprake is van (dreigende) discontinuïteit.

Daarnaast zijn we in 2025 gestart met de regionale contractering van de module 'Integrale zorg voor kwetsbare ouderen'. Door het stijgende aantal thuiswonende kwetsbare ouderen zal de zorg voor deze doelgroep steeds meer aandacht van de huisarts vragen. Dit vraagt om nauwe regionale en lokale samenwerking tussen zorg en welzijn met als randvoorwaarden inzicht in de kwetsbare populatie ouderen en helderheid rondom taken en verantwoordelijkheden. Hierbij is ondersteuning vanuit het Samenwerkingsverband¹ essentieel. Alleen op deze manier kunnen we de toenemende zorgvraag aan met het bestaande aantal zorgprofessionals.

In 2026 zetten we een volgende stap en sluiten we de financiering van de module 'Integrale zorg voor kwetsbare ouderen' aan op de zorgvraag en zorgbehoefte van kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk. Omdat kwetsbare ouderen langer zelfstandig thuis wonen dan voorheen neemt de complexiteit in zorgvraag toe en daarmee ook het gemiddeld aantal uren dat zorg geleverd wordt. Vanaf 1 januari 2026 sluit de financiering van de module integrale zorg voor kwetsbare ouderen daarom aan op het daadwerkelijke aantal kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk. In plaats van een bedrag per 75-plusser krijgt een huisarts voor elke kwetsbare oudere in zijn/haar praktijk een bijdrage om de zorg voor deze oudere te organiseren. Hierdoor krijgen huisartsenpraktijken met relatief veel kwetsbaren in hun ouderenpopulatie meer financiële ruimte om hun zorgaanbod aan te laten sluiten op de vraag.

¹ Een Samenwerkingsverband is een organisatie met rechtspersoonlijkheid, waarbinnen verschillende disciplines lokaal en/of regionaal structureel met elkaar samenwerken. Deze samenwerking bestaat in ieder geval uit een samenwerking tussen een zorgaanbieder, die huisartsenzorg verleent of kan verlenen, met één of meer zorgaanbieders die andere zorg verlenen. Onder de term 'Zorgaanbieder' in bijlage 1 van de minimaleisen wordt ook Samenwerkingsverband verstaan.

Vanaf 1 januari 2026 kan er voor patiënten die zorg ontvangen vanuit de module 'Integrale zorg voor kwetsbare ouderen' geen ketenzorg gedeclareerd worden. Kwetsbaarheid is bij deze patiënten voorliggend en hierbij past 'zorg op maat'. Afspraken over de zorg rondom chronische ziektes worden vastgelegd in het individuele zorgplan. Noodzakelijke zorg die niet valt binnen het zorgprogramma 'Integrale zorg voor kwetsbare ouderen' kan uiteraard gedeclareerd worden via reguliere prestaties.

Lees in de notitie [Menzis en Huisartsenzorg 2030](#) meer over de ontwikkelingen die nodig zijn om de continuïteit van basishuisartsenzorg op de lange termijn te waarborgen, welke rol en verantwoordelijkheden we vanuit Menzis daarbij hebben en wat wij doen.

Samenwerking

We onderschrijven de lijn van de verschillende landelijke zorg- en welzijnsakkoorden, en zetten ons in onze regio's in voor de uitvoering daarvan. Dit betekent dat we uitvoering geven aan landelijke afspraken (conform de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA)), zoals:

- [handreiking Medisch Generalistische Zorg](#);
- [handreiking Kwetsbare ouderen thuis](#);
- [handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra](#);
- [bouwstenen van Hechte Huisartsenzorg](#);
- [de samenwerking met wijkverpleging voor herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging](#);
- [ontwikkeling van de organisatiegraad in de paramedische en farmaceutische zorg](#).

Daarnaast geven we ook uitvoering aan regionale afspraken, die voortvloeien uit de ontwikkelingen in de regio en in de wijk, en die zijn vastgelegd in de regioplannen.

Transmurale zorg

Transmurale zorg is een belangrijk onderdeel van passende zorg. Transmurale zorg is zorg, die door meerdere zorgverleners zowel in de eerste- als tweedelijns wordt aangeboden aan één patiënt. Om deze zorg zo optimaal mogelijk te laten verlopen, staan samenwerking en kwaliteit centraal.

Om transmurale zorg op de juiste wijze te organiseren, zien we een belangrijke rol voor de eerste lijn, ondersteund door de tweede lijn en eventueel derde lijn. Om dit te realiseren, is een versteviging van de eerste lijn en multidisciplinaire zorg essentieel. Hiervoor is het noodzakelijk dat partijen uit de eerste lijn - met name de Samenwerkingsverbanden in de huisartsenzorg - in rol, positie en mandaat worden versterkt.

Om transmurale zorg passend te organiseren, zijn er diverse middelen om in te zetten. Met PZP wordt inzichtelijk wat een patiënt zelf aan zorg wenst en hoe deze zorg eruit gaat zien. Het meedenkadvies kan worden ingezet om te overleggen of doorverwijzen naar de tweede lijn noodzakelijk is. En daarnaast is het steeds vaker mogelijk behandelingen over te hevelen, bijvoorbeeld door een ziekenhuisbehandeling in de thuissituatie uit te voeren onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Proactieve zorgplanning

Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (2017) beschrijft PZP als volgt:

'Proactieve zorgplanning is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. In het IZA is de ambitie uitgesproken dat verzekerden en hun naasten samen met professionals beslissen over de juiste zorg en ondersteuning én vooruitdenken. Proactieve zorgplanning krijgt een steeds belangrijker plek binnen het medisch en verpleegkundig

domein. Deze gesprekken vinden bij uitstek plaats door een regiebehandelaar binnen de 1e lijn. Zorgaanbieders maken hierbij afspraken over de uitwisseling van informatie waarbij tijdig alle betrokkenen bij de zorg voor de verzekerde geïnformeerd worden.’

PZP biedt de huisarts handvatten voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de periode voor en bij het levens-einde, het leveren van zorg zoals de patiënt dat wenst en het voorkomen van onder- en overbehandeling. Dit proces van denken, plannen en organiseren, is dynamisch en multidisciplinair (in de keten van huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal domein en andere specialismen, zoals kortdurende zorg, apothekers en paramedici) en omvat zorgvuldige gezamenlijke besluitvorming over behandelafspraken die zijn afgestemd op de wensen, waarden en behoeften van het individu.

We verwachten van huisartsen dat zij een visie hebben op de wijze waarop PZP in de praktijk wordt uitgevoerd en dat dit standaard onderdeel uitmaakt van het behandelplan. Huisartsen hebben hierbij een signalerende en verwijzende rol in de samenwerking met wijkverpleegkundigen wanneer het gaat om professionele ondersteuning, die nodig is om thuis te kunnen blijven wonen. Afspraken hierover worden vastgelegd in een persoonlijk zorgplan van de cliënt en deze zijn voor alle betrokken zorgverleners, zowel in de eerste als tweede lijn, inzichtelijk. Hierdoor is iedere betrokken zorgverlener op de hoogte van de wensen van en afspraken met de cliënt.

Digitalisering en gegevensuitwisseling

‘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 geïncorporeerd wordt in deze gehybridiseerde zorgpaden en -processen. U onderzoekt hierbij samen met de zorgsector welke zorgpaden en -processen geschikt zijn voor hybridisering, waarbij passende zorg het uitgangspunt is.

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](#)’ en verwachten van u deze tijdig ten uitvoer te brengen. Daarbij verwijzen we ook naar het met de koepels opgestelde [IZA Uitvoeringsakkoord Gegevensuitwisseling](#).

Voor huisartsenzorg betekent dit dat er sprake is van een gedragen regionale visie en strategie ten aanzien van hybride zorg en de digitalisering in de huisartsenpraktijk. De hybride praktijk is de norm met altijd de mogelijkheid voor (digitale) zorg op afstand en fysiek voor wanneer dat moet. Binnen de huisartsenpraktijk is zoveel mogelijk een vaste zorgverlener voor alle kwetsbare patiënten. Het Samenwerkingsverband draagt de visie en strategie uit naar de individuele huisartsenpraktijken. Hierbij staat het anders organiseren en inrichten van de zorg centraal en gaat het niet alleen over het implementeren van een tool of meerdere tools. Het Samenwerkingsverband monitort en evalueert jaarlijks de visie en strategie met de bij hen bekende regiomanager van Menzis.

Daarnaast is gegevensuitwisseling in de regio zoveel als mogelijk geüniformeerd met alle relevante lokale partners. Hiervoor beschikt elk Samenwerkingsverband over een professionele ICT-inrichting, ICT-ondersteuning voor huisartsenpraktijken en een Chief Information Officer (CIO) en/of Chief Medical Information Officer (CMIO). In overleg met de regiomanager van Menzis kan deze rol, al dan niet tijdelijk, op een andere wijze worden ingevuld. Afspraken hierover worden tussen Menzis en het Samenwerkingsverband vastgelegd.

Transformatiemiddelen

Het is van cruciaal belang om samen te werken binnen de regio om de transformatie van de zorg te realiseren. Dit geldt niet alleen voor het zorgdomein, maar ook voor de betrokkenen in het sociaal domein. Als zorgverzekeraar nemen we het initiatief in de regio's waar we een groot marktaandeel hebben om de afspraken en doelen van het IZA (Integraal Zorg Akkoord), GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord) en WOZO (Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen) te verwezenlijken.

In principe vinden de afspraken over zorgtransformaties plaats tijdens de individuele contractering. Soms hebben transformaties een dermate grote impact dat zowel vanuit meerdere zorgaanbieders als vanuit alle zorgverzekeraars dezelfde beweging ingezet moet worden. Dit noemen we 'impactvolle transformaties'. Bij transformaties die aanzienlijke verschuivingen van zorg richting voorliggende domeinen of preventie laten zien, of die sector-overschrijdend zijn, willen we tijdig meedenken over hoe dit aansluit bij de regionale ontwikkeling op basis van regio-plannen. Ook bij plannen die een impactvolle bijdrage leveren aan de wachttijden in de regio worden we tijdig betrokken door de indienende partijen. Daarnaast kunnen we adviseren of voor deze transformaties de transformatiegelden ingezet kunnen worden.

Informatie over het insturen van plannen en het proces en de benodigde documenten kunt u vinden op onze website: [Transformatieplannen](#).

Duurzaamheid

In het IZA hebben we afgesproken dat passende zorg ook duurzame zorg betreft. 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). Er is een aantal generieke afspraken gemaakt, die voor alle zorgsectoren gelden. Deze afspraken zijn te vinden op de [website van ZN](#).

De impact van de huisartsenzorg op klimaat en milieu is vooral gekoppeld aan het voorschrijven van medicatie en huisvesting. Medicatie heeft zowel bij de productie (CO₂-uitstoot) als het gebruik (medicijnresten in water) een grote impact. Huisvesting is na voorschrijven van medicatie de grootste bron van CO₂-uitstoot. Dit is de reden dat zorgverzekeraars bij het stimuleren van verduurzaming de nadruk leggen op gepast gebruik van medicatie en de verduurzaming van de praktijk.

Gepast gebruik van medicatie bevorderen door:

- Medicatie tijdig af te bouwen (bewaken behandelduur, volgen stop- en startcriteria en tijdig evalueren) conform de [module Minderen en stoppen van medicatie](#) (KNMP, NHG en andere partijen, 2020). Concreet vragen wij hier aandacht voor het verminderen van het gebruik van [protonpompremmers](#) of [statines](#) aan de hand van de beschikbare kennisdocumenten;
- Geneesmiddelen met een lagere milieu- of klimaatimpact. Concreet vragen wij aandacht voor het gebruik van poederinhalatoren in plaats van dosis-aerosolen in verband met het sterke broeikas effect van dosis-aerosolen of andere voorbeelden die meer impact maken;
- Het (meer) inzetten van niet-medicamenteuze interventies, die mogelijk het gebruik van medicatie voorkomen. Zie hiervoor ook de ['Inspiratiegids verspil geen pil'](#) van de Coalitie Duurzame Farmacie en de [QuickScan](#)

'Duurzamer voorschrijven'. We verwachten dat in elk FTO de QuickScan een vast agendaonderwerp is tussen de huisarts en apotheker in relatie tot het onderwerp van het FTO en hierover samenwerkingsafspraken worden gemaakt en vastgelegd.

- Huisartsenpraktijk verduurzamen door bijvoorbeeld het verduurzamen van het praktijkgebouw en het meer circulair gebruik van (medische) materialen. Zie hiervoor ook de e-books 'De Groene Huisartsenpraktijk' en 'De groene regionale huisartsenorganisatie' van de LHV, NHG en Stimular en de Milieubarometer huisartsen.

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 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. Wij volgen de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie in relatie tot ons gepubliceerde inkoopbeleid. Als deze ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven, publiceren wij aanvullend beleid.

Wijzigingen zorginkoopbeleid in 2026

Hieronder vindt u de aanpassingen ten opzichte van het vorige zorginkoopbeleid, inclusief verwijzingen naar meer informatie. In de bijlagen vindt u een overzicht van de (gewijzigde) minimumeisen voor het verkrijgen van een overeenkomst.

Onderwerp	Wijziging	Meer info
Meedenkadvis	Met de komst van de prestatie meedenkadvis in S1 vervallen alle S2 en S3 afspraken inzake meedenkadvis.	Pagina 12
Module integrale zorg voor kwetsbare ouderen	Deze prestatie betreft per 1 januari 2026 een integraal tarief per geïnccludeerde kwetsbare oudere, waarbij kwetsbaarheid gerelateerd is aan ouderdom. We laten hiermee de leeftijdsgrens van 75 jaar of ouder los.	Pagina 14
Ketenzorg	Vanaf 1 januari 2026 mag er voor patiënten die in de module 'Integrale zorg voor kwetsbare ouderen' zijn geïnccludeerd geen ketenzorg meer worden gedeclareerd. Noodzakelijke zorg die niet valt binnen het zorgprogramma 'Integrale zorg voor kwetsbare ouderen' kan uiteraard gedeclareerd worden via reguliere prestaties.	Pagina 14
Prestatie geïntegreerde eerstelijnszorg overig	Vooruitlopend op de contractering van Regionale Samenwerkingsverbanden Eerstelijnszorg (RESV) en hechte wijkverbanden is Menzis voornemens de prestatie geïntegreerde eerstelijnszorg overig met ingang van 1 januari 2027 te beëindigen. Vanzelfsprekend zet Menzis zich in om lokale succesvolle initiatieven met regionaal potentieel te behouden en deze op een passende wijze te blijven financieren. Uw regiomanager gaat hierover met u in gesprek.	Pagina 15
Aanvullende minimumeisen huisartsdienstenstructuur	De Zorgaanbieder is akkoord met de landelijke Wmg-overeenkomst en heeft deze ondertekend als minimumeisen toegevoegd.	Pagina 23

Wat koopt Menzis in?

Basishuisartsenzorg (segment 1)

Het zorginkoopbeleid 2026 betreft de inkoop van zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet. We kopen de betreffende basishuisartsenzorg in bij de zorgaanbieders die voldoen aan de betreffende inkoopvoorwaarden, zoals genoemd in bijlage 1.

Meedenkadvis

Een huisarts kan advies vragen aan een medisch specialist om een verwijzing naar het ziekenhuis mogelijk te voorkomen. Dit noemen we een meedenkadvis. Het meedenkadvis gaat om contact tussen de huisarts en medisch specialist, zonder patiëntcontact. Voor Menzis is het wenselijk dat ziekenhuizen en huisartsen (via de Samenwerkingsverbanden) afspraken maken over de inzet van het meedenkadvis. Denk aan afspraken over: welk beveiligd (digitaal) platform wordt ingezet, welke informatie heeft de specialist nodig om de huisarts van het juiste advies te voorzien en op welke wijze levert de specialist zijn advies aan bij de huisarts. En daarnaast evalueren partijen in welke mate het meedenkadvis bijdraagt aan het voorkomen van onnodige doorverwijzingen naar het ziekenhuis.

Voor huisartsen is de NZa van plan om per 1 januari 2026 een structurele prestatie met maximumtarief in segment 1 op te nemen. Onder voorbehoud van de definitieve NZa prestatie- en tariefbeschikking Huisartsenzorg 2026 zal vanaf 1 januari 2026 de NZa prestatie meedenkadvis alle bestaande overeenkomsten ten behoeve van een meedenkadvis in segment 2 en 3 vervangen. Daarnaast vervangt het meedenkadvis de prestatie teledermatologie. Indien er al sprake is van bestaande samenwerkingsovereenkomsten met ziekenhuizen in segment 3 verwachten wij dat u de onderliggende samenwerkingsafspraken met het ziekenhuis continueert en schriftelijk bevestigt. Uiteraard kunnen in samenspraak met het ziekenhuis de huidige samenwerkingsafspraken aangepast worden naar de nieuwe situatie.

Mocht de NZa besluiten de voorgenomen aanpassingen toch niet door te voeren, blijven de bestaande samenwerkingsovereenkomsten in segment 2 en 3 van kracht.

Prestatie Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP)

MTVP maakt onderdeel uit van de Overeenkomst Basishuisartsenzorg 2026. Deelnemende praktijken, die voldoen aan de voorwaarden van de NZa beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025, kunnen MTVP declareren met de prestatiecode 13050.

Aanvullende modules (segment 2 en 3) gecontracteerd via individuele huisarts of Samenwerkingsverband

Daarnaast bieden we de volgende aanvullende modules aan, mits de zorgaanbieder voldoet aan de betreffende inkoopvoorwaarden, zoals genoemd in bijlage 1:

Prestatie toeslag basishuisartsenzorg

In 2026 continueert Menzis de prestatie toeslag basishuisartsenzorg. Met deze prestatie is het mogelijk tijdelijk meer financiële ondersteuning te ontvangen voor de toekomstbestendigheid van basishuisartsenzorg als er sprake is van (dreigende) discontinuïteit. Deze prestatie kan, mits onderbouwd, inclusief begroting en in samenspraak met de betrokken huisarts door het Samenwerkingsverband en/of ROS worden aangevraagd bij de regiomanager. Wij beoordelen uiteindelijk de aanvraag.

Deze prestatie geldt niet voor zaken en kosten, die al vanuit het inschrijftarief voldaan moeten worden, althans worden vergoed. Reguliere huisvestigingskosten vallen niet onder de prestatie toeslag huisartsenzorg: voor ondersteuning op het gebied van huisvesting verwijzen we naar de '[handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra](#)'.

Prestatie POH-GGZ

Met de inzet van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk is betere zorg voor patiënten dichtbij huis beschikbaar en zijn er meer mogelijkheden voor zelfmanagement. Dit zou moeten leiden tot minder verwijzingen naar de GGZ. In 2024 hebben de gemaakte afspraken in het IZA geleid tot een uitbreiding van het maximaal aantal uren POH-GGZ van 12 naar 16 uur ten behoeve van netwerkzorg en het inzetten van e-health modules. Wij zien bij voorkeur dat netwerkzorg en e-health regionaal door huisartsen wordt georganiseerd in samenwerking met de Samenwerkingsverbanden en de GGZ.

Wij continueren de prestatie POH-GGZ in 2026 conform de voorwaarden van 2025.

Prestatie Praktijkmanagement

We bieden huisartsen een vergoeding aan voor de inzet van een praktijkmanager. Door de inzet van een praktijkmanager kan de huisarts zich concentreren op de directe patiëntenzorg, terwijl de praktijkmanager zorgdraagt voor de praktijkorganisatie en de samenwerking met lokale ketenpartners vormgeeft. In 2026 continueren we de module praktijkmanagement.

Vooruitlopend op de contractering van hechte wijkverbanden en de bestaande samenhang tussen de prestatie praktijkmanagement en de prestatie wijkmanagement uit de O&I financiering, zullen we in 2026 toetsen of en zo ja in welke vorm de prestatie praktijkmanagement voor de toekomst behouden kan blijven.

Module resultaatbeloning Menzis indicatoren

Net als in 2025 handhaven we de module resultaatbeloning. Binnen deze module stelt het Samenwerkingsverband, in afstemming met Menzis, per regio specifieke indicatoren vast. Hiervoor geldt dat bij selectie van drie indicatoren door huisartsen het maximumtarief van toepassing is. Indicator 1 is hierbij verplicht. Invulling van de regiospecifieke indicatoren gebeurt in overleg met het Samenwerkingsverband en dient voor 26 augustus 2025 afgerond te zijn. In de uitwerking van de module resultaatbeloning hebben we de regiospecifieke prestaties beschreven. Deze publiceren we uiterlijk 1 september op onze website, gelijktijdig met de verzending van de vragenlijst voor de overeenkomst huisartsenzorg via het contracteerportaal van VECOZO.

Stoppen met roken buiten segment 1 tot en met 3

We kopen de begeleiding bij stoppen met roken (SMR) in bij zowel huisartsen als specialistische zorgaanbieders conform de vigerende beleidsregel Stoppen met rokenprogramma, zoals vastgesteld door de NZa. Voorwaarde is dat de te contracteren SMR-begeleiding voldoet aan de [landelijke Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving](#) en SMR-ondersteuning van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en Trimbos-instituut en de onderliggende zorgmodule.

[Lees hier](#) meer informatie, de minimale eisen en de uitvoeringseisen.

Valpreventie: valrisicobeoordeling en ketenaanpak valpreventie

Vanaf 1 januari 2024 zijn zorgverzekeraars en gemeenten in opdracht van het GALA/IZA gestart met het inrichten van een ketenaanpak valpreventie voor ouderen met een valrisico. In onze kernregio's zijn de ketenaanpakken voor valpreventie grotendeels ingericht, maar nog niet overal zijn ook samenwerkingsafspraken met huisartsen over de in-, door- en uitstroom na de valrisicobeoordeling. Vanuit Menzis volgen we de duiding van het Zorginstituut over de noodzakelijke medisch generalistische blik bij de uitvoer van de valrisicobeoordeling. Momenteel voeren wij

gesprekken met Samenwerkingsverbanden over de uitvoer van de valrisicobeoordeling door een huisarts, dan wel door een POH-O, verpleegkundig specialist en/of physician assistent onder verantwoordelijkheid van de huisarts. We streven ernaar dat in 2026 met alle samenwerkingsverbanden samenwerkingsafspraken zijn gemaakt over de uitvoer van de valrisicobeoordeling en dat declaraties worden ingediend met prestatiecode 31457.

Kijk voor meer informatie op [onze website](#).

Aanvullende modules (segment 2 en 3) alléén via het Samenwerkingsverband gecontracteerd

Onderstaande modules bieden we aan, mits de zorgaanbieder voldoet aan de betreffende inkoop-eisen, zoals genoemd in bijlage 1:

Module Integrale zorg voor kwetsbare ouderen

Vanaf 1 januari 2026 kent deze module een integraal tarief per geïnccludeerde kwetsbare oudere. De beoordeling of iemand kwetsbaar is in relatie tot het verouderingsproces - en in aanmerking komt voor de module integrale zorg voor kwetsbare ouderen - ligt bij de huisarts, al dan niet in de verlengde arm via de POH-O, physician assistant en/of verpleegkundig specialist (met relevante opleiding in ouderenzorg). De werkwijze is vastgelegd in het regionale zorgprogramma.

Vanaf 1 januari 2026 kan er voor patiënten die zorg ontvangen vanuit de module 'Integrale zorg voor kwetsbare ouderen' geen ketenzorg gedeclareerd worden. Kwetsbaarheid is bij deze patiënten voorliggend en hierbij past 'zorg op maat'. Afspraken over de zorg rondom chronische ziektes worden vastgelegd in het individuele zorgplan. Noodzakelijke zorg die niet valt binnen het zorgprogramma kwetsbare ouderen kan gedeclareerd worden via reguliere prestaties.

Meer informatie over de inhoud, achtergrond en details kunt u lezen in de module 'Integrale zorg voor kwetsbare ouderen' op onze [website](#).

Persoonsgerichte ketenzorg

Met ons beleid voor persoonsgerichte ketenzorg hebben we vanuit Menzis voor ogen een verschuiving te realiseren van geprotocolleerde standaard chronische zorg naar zorg op maat. Dit betekent onder andere dat we ook kijken of voor de individuele patiënt ketenzorg de meest passende vorm van zorg is. De patiënt wordt bij deze afweging betrokken en heeft hierbij zoveel mogelijk zelf de regie over het zorgproces en leefstijlverandering, en wordt hierbij met een individueel zorgplan ondersteund. Om dit te kunnen realiseren, is het noodzakelijk dat de chronische zorgprogramma's DM2, COPD, astma en CVRM doorontwikkeld worden, en er ook gekeken wordt naar de inzet van digitale (thuis)zorg.

Per 1 januari 2026 mag er voor de geïnccludeerde patiënten in de module 'Integrale zorg voor kwetsbare ouderen' geen ketenzorg meer in rekening worden gebracht. Zorg die noodzakelijk wordt geacht voor de chronische aandoening kan via reguliere prestaties in rekening worden gebracht:

- Inzet POH-s > reguliere prestaties huisartsenzorg (consult, verrichtingen, visites)
- Voetzorg > reguliere prestaties paramedie
- Fundusfoto > eerstelijnsdiagnostiek
- Diëtist > basisverzekering patiënt

Voor het overige continueren we in 2026 ons bestaande beleid. In de tussentijd denken we na over het verder concretiseren van persoonsgerichte ketenzorg, met onder andere de inzet van digitale middelen en de inzet van

leefstijlinterventie voor 2027. Voor de persoonsgerichte ketenzorg voor mensen met DMII, COPD, astma en CVRM gelden vrije tarieven. Deze spreken we per Samenwerkingsverband af met de betreffende regiomanager.

Organisatie en Infrastructuur (O&I)

De regiobeelden en ROAZ-beelden, die voortkomen uit het IZA, schetsen een beeld van de feitelijke situatie van de regio en de knelpunten, en wat er gebeurt als we nu niets doen. De regioplannen en ROAZ-plannen beschrijven welke acties ondernomen worden om de gesignaleerde knelpunten aan te pakken. Organisatie- en Infrastructuurmiddelen (O&I) worden ingezet om de speerpunten uit de regio- en ROAZ-beelden en -plannen uit te werken en te implementeren.

Het Samenwerkingsverband faciliteert, eventueel met ondersteuning van de ROS, multidisciplinaire zorg op regionaal en wijkniveau, en ondersteunt praktijken met innovatie voor digitalisering, MTVP etc. Ook wat betreft het samenwerken en het creëren van netwerkzorg met andere eerstelijns- en tweedelijns partijen en het sociaal domein verwachten we een actieve rol van het Samenwerkingsverband, al dan niet met ondersteuning van de ROS.

Onderscheidend binnen de O&I-prestaties is de grootte van de populatie ingeschreven patiënten die bereikt wordt. Voor wijkmanagement betreft het een populatie van 10.000 – 20.000 ingeschreven patiënten, voor regiomanagement betreft dit 100.000 of meer ingeschreven patiënten. Wijk- en regiomanagement contracteren we niet tegelijk. Indien van toepassing brengen we dit onder in één betaaltitel.

Vooruitlopend op de contractering van Regionale Samenwerkingsverbanden Eerstelijnszorg (RESV) en hechte wijkverbanden zijn we vanuit Menzis voornemens de prestatie geïntegreerde eerstelijnszorg overig met ingang van 1 januari 2027 te beëindigen. Partijen die alleen gefinancierd worden via de prestatie geïntegreerde eerstelijnszorg moeten zich omvormen naar een hecht wijkverband. Nadere invulling en financiering vindt plaats in afstemming met het Samenwerkingsverband. Vanzelfsprekend zetten we ons in om lokale succesvolle initiatieven met regionaal potentieel te behouden en deze op een passende wijze te blijven financieren.

O&I afspraken worden door het Samenwerkingsverband met de regiomanager bij Menzis gemaakt.

Verkennd gesprek

Mentale gezondheidsnetwerken met daarbinnen verkennende gesprekken ondersteunen de beweging naar de gedeelde verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg, de GGZ en het sociaal domein. De huisarts is verwijzer, waarbij het verkennend gesprek is bedoeld voor patiënten met GGZ-problematiek én met problemen op andere levensdomeinen waarbij de huisarts (of POH-GGZ) niet voldoende duidelijk heeft welke hulp het best passend is.

In afstemming met de regio en betrokken zorgaanbieders uit de huisartsenzorg en GGZ bepaalt Menzis bij welke partij zij het verkennend gesprek inkoop. We hanteren hierbij in ieder geval de volgende voorwaarden voor het Samenwerkingsverband:

- In nauwe samenwerking met de GGZ en het sociaal domein is een duidelijke afbakening van de werkzaamheden van de POH-GGZ en de invulling van het verkennend gesprek;
- In nauwe afstemming met de GGZ en het sociaal domein is vastgesteld onder welke voorwaarden patiënten kunnen worden doorverwezen voor een verkennend gesprek.

Wijkgerichte zorg en zorgvernieuwing

Wij stimuleren zorgvernieuwinginitiatieven, die bijdragen aan betere zorg in de wijk en de regio. We zien hiervoor nog veel kansen. Initiatieven die aansluiten bij de regio- en ROAZ -beelden en plannen - en die voldoende impact hebben om de zorg toegankelijk te houden, de zorgkosten te beheersen en de uitkomsten van zorg te verbeteren - kunnen klein beginnen, maar dienen potentieel omarmd te worden door de hele regio. Zorgaanbieders kunnen op

basis van de dagelijkse praktijk ideeën die hieraan bijdragen kenbaar maken bij het Samenwerkingsverband of GEZ. Zorgvernieuwingsinitiatieven kunnen door het Samenwerkingsverband of GEZ aangevraagd worden bij de regiomanager vanuit Menzis. We maken de uiteindelijke zorgvernieuwingsafpraak met het Samenwerkingsverband of GEZ uit uw regio.

Wat koopt Menzis niet meer in?

Module praktijkondersteuning (POH) kopen wij niet meer in

In het zorginkoopbeleid van 2025 hebben we aangekondigd dat we de POH-module met ingang van 1 januari 2025 niet meer inkopen. Gedurende 2024 hebben we hierover meerdere gesprekken in onze regio's gevoerd. Deze gesprekken hebben ons doen besluiten het jaar 2025 als overgangsjaar te gebruiken. Hierover hebben we met de Samenwerkingsverbanden afspraken gemaakt.

De zorginhoudelijke visites, (telefonische) consulten, en/of M&I verrichtingen die door een POH uitgevoerd worden - en buiten de modules ketenzorg, POH-GGZ en/of module integrale zorg voor kwetsbare ouderen liggen -, kunnen vanaf 1 januari 2026 via de reguliere prestaties worden gedeclareerd.

Bij wie koopt Menzis in?

Huisartsenpraktijken

Wij bieden huisartsen in onze kernregio's² die voldoen aan de voorwaarden (zie: bijlage 1 minimeisen) een overeenkomst huisartsenzorg 2026 aan.

Net als voorgaande jaren bestaat de overeenkomst uit een basisovereenkomst met mogelijkheden voor uitbreiding via addenda voor aanvullende modules: M&I verrichtingen, praktijkondersteuning GGZ, praktijkmanagement en resultaatbeloning. Hiervoor gelden specifieke inkoopvoorwaarden, criteria en tarieven. Deze bijlagen publiceren we uiterlijk 1 september 2025 op [onze website](#).

Onze overeenkomst wordt op dezelfde wijze als in 2025 via het Zorginkoopportaal van VECOZO aangeboden en gecontracteerd. Het betekent dat één huisarts, die daartoe gemachtigd is, de inhoud en omvang van de overeenkomst bepaalt voor de aan de huisartsenpraktijk verbonden individuele huisartsen. Vervolgens sluiten wij de overeenkomst met de betreffende individuele huisarts(en), mits voldaan aan de voorwaarden.

Niet (tijdig) voldoen aan wat is opgenomen in één van de bijlagen betekent dat we met u geen overeenkomst 2026 aangaan, oftewel het betreffende onderdeel niet bij u inkopen, dan wel de betreffende overeenkomst kunnen beëindigen. De voorwaarden in alle bijlagen gelden voor de gehele duur van de betreffende overeenkomst, tenzij anders is aangegeven.

De tarieven voor de basis huisartsenzorg worden grotendeels vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Wij volgen deze maximumtarieven. Voor de overige tarieven voor huisartsenzorg gelden vrije tarieven. Deze tarieven stellen we jaarlijks vast.

² Regio Noord: provincie Groningen en kop van Drenthe / regio Oost: Achterhoek en Twente / regio Midden: Centraal Gelderland, Gelderse Vallei en Rivierland),

Huisartsenpraktijken buiten onze kernregio's kunnen bij ons digitaal het verzoek indienen om de overeenkomst met de preferente verzekeraar te volgen. Dit verloopt via het contracteerproces met de preferente zorgverzekeraar.

Samenwerkingsverbanden

Overeenkomsten voor ketenzorg, module kwetsbare ouderen, zorgvernieuwing en/of organisatie & infrastructuur worden overeengekomen tussen Menzis en de Samenwerkingsverbanden binnen onze kernregio's.

Samenwerkingsverbanden buiten onze kernregio's kunnen bij ons het verzoek indienen om de overeenkomst met de preferente verzekeraar te volgen. Dit verloopt via het contracteerproces met de preferente zorgverzekeraar.

Wegens de vermindering van de administratieve lasten hebben we vanaf 2020 de structuur van de overeenkomsten multidisciplinaire zorg en zorgvernieuwing aangepast. Door met een raamovereenkomst te werken, kunnen we gedurende de looptijd van de raamovereenkomst eenvoudig nieuwe afspraken met een deelovereenkomst toevoegen. Voor 2026 handhaven we die vorm van contractering.

Huisartsdienstenstructuur

De basisovereenkomst tussen ons en de huisarts ziet toe op het leveren van 24/7 zorg. Vrijwel alle huisartsen in Nederland hebben daartoe met de huisartsdienstenstructuur (HDS) in de regio een overeenkomst gesloten voor het leveren van avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg) voor de bij de praktijk ingeschreven patiënten.

Spoedeisende huisartsenzorg in avond, nacht en weekend kopen we in representatie in bij huisartsenposten in onze kernregio's². Voor de HDS geldt dat we aansluiten bij de landelijke richtlijnen. Dit betekent dat we samen met de representerende zorgverzekeraars in deze regio's namens alle zorgverzekeraars afspraken maken. Jaarlijks worden er afspraken met de HDS gemaakt over de begroting en de nacalculatie.

Inkoop Eisen

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

Inkoopproces

Huisartsenpraktijken met een lopend contract ontvangen via het VECOZO-portaal van ons de vragenlijst Huisartsenzorg 2026. Na het invullen van de vragenlijst ontvangen zorgaanbieders in het VECOZO-portaal een contracteer-voorstel. Na acceptatie van het voorstel is er een definitieve overeenkomst Basishuisartsenzorg 2026.

Indien de overeenkomst Huisartsenzorg 2026 voor 1 november is geaccepteerd, kunnen we vanuit Menzis het contracteerproces met de overige zorgverzekeraars tijdig afronden en kan er per 1 januari 2026 worden gedeclareerd.

Multidisciplinaire zorg wordt ingekocht bij het Samenwerkingsverband. Het Samenwerkingsverband en de regiomanager van Menzis bepalen in onderling overleg de wijze waarop dit proces verloopt en het aantal inkoopgespreken. Het inkoopproces start in juli 2025 en wordt voor 1 november 2025 afgerond (zie ook 'Planning van de zorginkoop').

Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe huisartsenpraktijken in onze kernregio's, die voldoen aan de inkoopvoorwaarden, kunnen gedurende het hele jaar 2026 bij ons een verzoek voor een overeenkomst huisartsenzorg indienen.

Nieuwe Samenwerkingsverbanden kunnen contact opnemen met de regiomanager van de betreffende Menzis-regio. Voor een eerste contact kunt u gebruikmaken van het [online contactformulier](#).

Planning van de zorginkoop

Vanaf 12 november 2025 maken wij op onze Zorgvinders bekend met welke zorgaanbieders we een contract 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 u hierover op dezelfde manier als over dit zorginkoopbeleid.

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

Huisartsenzorg; segment 1 en aanvullende modules segment 2 en 3

Datum	Wat	Wie	Middel
1 april 2025	Publicatie inkoopbeleid huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en HDS 2026	Menzis	Website Menzis
Uiterlijk 1 september 2025	Publicatie bijlagen met specifieke inkoopvoorwaarden en tarieven huisartsenzorg	Menzis	Website Menzis
1 september 2025	Verzending vragenlijst voor de overeenkomst huisartsenzorg	Menzis	VECOZO

Uiterlijk 1 november 2025	Vragenlijst gevuld en overeenkomst digitaal ondertekend.	Huisartsenpraktijken	VECOZO
12 november 2025	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	Menzis	Menzis Zorgvinder

Multidisciplinaire zorg; aanvullende modules segment 2 en 3

Datum	Wat	Wie	Middel
1 april 2025	Publicatie inkoopbeleid huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en HDS 2026	Menzis	Website Menzis
Juli 2025	Start contracteerperiode	Menzis en Samenwerkingsverband	Inkoopgesprek / e-mail
26 augustus 2025	Invulling regio specifieke indicatoren afgerond	Menzis en Samenwerkingsverband	Inkoopgesprek
Uiterlijk 1 september 2025	Publicatie bijlagen met specifieke inkoopvoorwaarden en tarieven huisartsenzorg	Menzis	Website Menzis
Oktober 2025	Bereiken overeenstemming afspraken einde contracteerperiode	Menzis en Samenwerkingsverband	VECOZO
1 november 2025	Overeenkomst digitaal ondertekend retour.	Samenwerkingsverband	VECOZO
12 november 2025	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	Menzis	Menzis Zorgvinder

Huisartsendienstenstructuren

Datum	Wat	Wie	Middel
1 april 2025	Publicatie inkoopbeleid huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en HDS 2026	Menzis	Website Menzis

Juni 2025	Opsturen en bespreken verantwoording en jaarrekening 2024	HDS	Inkoopgesprek / e-mail
Juni 2025	Indienen verantwoordingsformulier 2024 bij NZa	Menzis	E-mail
Oktober 2025	Opsturen en bespreken begroting 2026	Menzis en HDS	Inkoopgesprekken
Oktober 2025	Indienen tariefaanvraag bij NZa	Menzis en HDS	VECOZO

Procedure aanvullende zorginkoop

Menzis verwacht gedurende de looptijd van het zorginkoopbeleid geen aanvullende zorginkoop te hoeven doen. Als dit onverwacht toch nodig blijkt te zijn, zal dit op dezelfde manier worden gecommuniceerd als dit zorginkoopbeleid. Menzis zal dan ook aangeven welke termijnen gelden, hoe verzoeken voor aanvullende afspraken kunnen worden ingediend en welke minimumeisen van toepassing zijn.

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](#). Samenwerkingsverbanden kunnen contact opnemen met de voor hen bekende regiomanager.

Inspraak verzekerden

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 zorgverzekeringwet. 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, danwel het aangaan van een overeenkomst moet voldoen én gedurende de duur van de overeenkomst aan moet (blijven) voldoen. Menzis controleert steekproefsgewijs of aan de minimumeisen is voldaan.

- 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.
- De zorgaanbieder handelt in overeenstemming met de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), indien en voor zover die wet op hem van toepassing is.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg.
- De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen.
- 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.
- 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.
- De (pseudo)UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd.
- 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.
- 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.
- 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.
- De zorgaanbieder heeft niet blijk gegeven 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.
- De zorgaanbieder heeft alle vorderingen die Menzis op hem heeft, voldaan binnen de daarvoor gestelde betaaltermijnen, dan wel is er een betalingsregeling afgesproken.

Aanvullende minimumeisen (kwaliteit) basishuisartsenzorg

- De zorgaanbieder is werkzaam bij een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van erkende huisartsen van de KNMG.
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg 7 x 24-uur (dit geldt ook voor ziekte, vakantie en calamiteiten).
- De zorgaanbieder heeft het recht met andere zorgaanbieders een schriftelijke regeling te treffen voor de avond-, nacht-, en weekenduren (ANW-uren). De zorgaanbieder verstrekt desgevraagd aan Menzis een kopie van deze schriftelijke regeling indien daar aanleiding toe bestaat.
- De zorgaanbieder verleent de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte die voor de patiënt goed bereikbaar en toegankelijk is.
- De zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep;
- De zorgaanbieder beschikt over een klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen.
- De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa.

- De zorgaanbieder maakt gebruik van een HIS met keurmerk.

Aanvullende minimumeisen multidisciplinaire zorg (ketenzorg, organisatie en infrastructuur, en/of zorgvernieuwingsprojecten)

- De zorgaanbieder is een samenwerkingsverband met een rechtspersoonlijkheid, waarbinnen verschillende disciplines lokaal en/of regionaal structureel met elkaar samenwerken. Deze samenwerking bestaat in ieder geval uit samenwerking tussen een zorgaanbieder die huisartsenzorg verleent of kan verlenen met één of meer zorgaanbieders die andere zorg verlenen.
- De zorgaanbieder heeft mandaat van de aangesloten zorgverleners bij de betreffende zorgprogramma's en/of zorgvernieuwingsprojecten, waarover met Menzis contractuele afspraken zijn gemaakt.
- De zorgaanbieder handelt in de geest van de vigerende Governancecode Zorg. Principe 1 en 2 van de Governancecode Zorg zijn rechtstreeks van toepassing.
- Kleine organisaties kunnen volstaan met toepassing van principe 1 en, voor zover relevant, principe 2 alsmede de waarborgen en randvoorwaarden voor goede zorg van de overige principes van deze code conform pagina 24 van de code.

Aanvullende minimumeisen huisartsendienstenstructuur

- De zorgaanbieder verleent de spoedeisende ANW-huisartsenzorg zoals een huisartsendienstenstructuur die pleegt te bieden aan verzekerden.
- De zorgaanbieder is jegens de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het organiseren, beschikbaar stellen en leveren van spoedeisende ANW-huisartsenzorg voor en aan verzekerden die zijn ingeschreven bij de beroepsbeoefenaren die aangesloten zijn bij de zorgaanbieder, alsmede voor en aan NONI's en passanten vallend onder de Zorgverzekeringswet.
- De zorgaanbieder handelt in de geest van de vigerende Governancecode Zorg. Principe 1 en 2 van de Governancecode Zorg zijn rechtstreeks van toepassing.
- Kleine organisaties kunnen volstaan met toepassing van principe 1 en, voor zover relevant, principe 2 alsmede de waarborgen en randvoorwaarden voor goede zorg van de overige principes van deze code conform pagina 24 van de code.
- De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa.
- De Zorgaanbieder is akkoord met de landelijke Wmg-overeenkomst en heeft deze ondertekend.