

F



## Zorginkoopbeleid Kortdurende zorg 2026

Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

# Inhoud

|  |    |
|--|----|
| Voorwoord                              | 4  |
| Coöperatie Menzis                      | 5  |
| Wat willen we bereiken?                | 5  |
| Samenwerking                           | 6  |
| Proactieve zorgplanning                | 6  |
| Digitalisering en gegevensuitwisseling | 7  |
| Digitalisering                         | 7  |
| Gegevensuitwisseling                   | 7  |
| Duurzaamheid                           | 7  |
| Transformatiemiddelen                  | 7  |
| Zorgcoördinatie                        | 8  |
| Wijzigingen                            | 8  |
| Wat koopt Menzis in?                   | 9  |
| Individuele zorg vanuit de GZSP        | 9  |
| Zorg in een groep                      | 10 |
| Individuele behandeling naast GZSP     | 11 |
| Eerstelijnsverblijf (ELV)              | 12 |
| Palliatieve zorg                       | 12 |
| Regionale Coördinatiefunctie Verblijf  | 13 |
| Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)    | 13 |
| Bij wie koopt Menzis in?               | 13 |
| Inkoopeisen                            | 13 |
| Budget- en tariefafspraken             | 14 |
| Inkoopproces                           | 14 |
| Bestaande zorgaanbieders               | 14 |
| Nieuwe zorgaanbieders                  | 14 |
| Contracteerproces via VECOZO           | 15 |
| Wijzigingen in situatie zorgaanbieder  | 15 |
| Planning van de zorginkoop             | 15 |
| Procedure aanvullende zorginkoop       | 16 |

|   |           |
|---|-----------|
| Bereikbaarheid  | 17        |
| Inspraak verzekerden en zorgaanbieders                                      | 17        |
| <b>Bijlage 1. Minimumeisen</b>  | <b>19</b> |
| Minimumeisen specifiek voor de GZSP   | 19        |
| Minimumeisen specifiek voor de GZSP ten aanzien van ouderenzorg             | 20        |
| Minimumeisen GZSP voor zorg aan verstandelijk beperkten                     | 20        |
| Minimumeisen specifiek voor de ELV laag en hoog complex                     | 20        |
| Minimumeisen specifiek voor ELV voor patiënten met (verdenking op) Korsakov | 20        |
| Minimumeisen specifiek voor ELV op een gesloten herstel afdeling            | 20        |
| Minimumeisen voor ANW opname  | 21        |
| Minimumeisen regionale coördinatiefunctie                                   | 21        |
| Minimumeisen specifiek voor de GRZ  | 21        |
| <b>Bijlage 2. Uitvoeringseisen</b>  | <b>22</b> |
| Uitvoeringseisen algemeen   | 22        |
| Uitvoeringseisen GZSP   | 22        |
| Uitvoeringseisen palliatieve zorg   | 23        |
| Uitvoeringseisen specifiek ELV laag en hoog complex                         | 23        |
| Uitvoeringseisen specifiek GRZ  | 23        |
| Uitzondering reisafstand GRZ  | 24        |

# 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

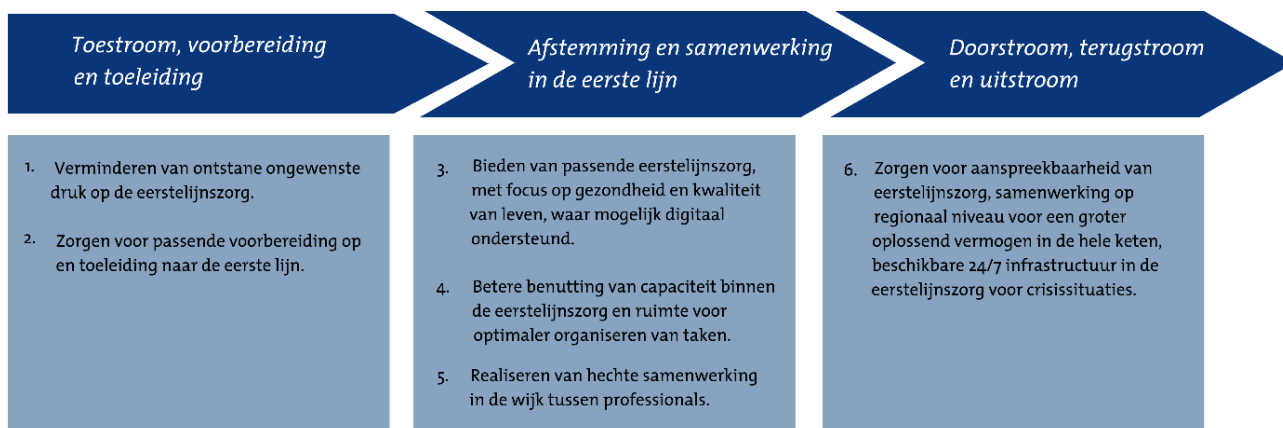
# Coöperatie Menzis

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. Coöperatie 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

Om toegankelijkheid van zorg te kunnen waarborgen, ligt de focus op het geven van het best passende antwoord op een hulpvraag. Instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten staat centraal in de kortdurende zorg. We zien hierin nog altijd veel praktijkvariatie. De kortdurende zorg is, indien op de goede manier ingezet, de aangewezen plek om een verdere crisis te voorkomen en de juiste plek wanneer iemand tijdelijk niet thuis kan verblijven.

Patiënten stromen op verschillende manieren in de kortdurende zorg. Dit kan via de huisarts zijn wanneer er noodzaak is voor verblijf in verband met geneeskundige zorg, maar er geen indicatie is voor medisch specialistische zorg. Maar ook vanuit het ziekenhuis wanneer de patiënt tijdelijk niet thuis kan verblijven of moet revalideren. We zetten hierbij in op een snelle doorstroom, zodat de schaarse capaciteit in het ziekenhuis beschikbaar blijft voor de meest urgente zorgvragen.

Een belangrijk onderdeel is de inzet van Proactieve Zorgplanning (PZP). Dit houdt in dat er niet alleen gekeken wordt naar de huidige zorgbehoefte, maar ook naar toekomstige zorgvragen. Door waar mogelijk niet-medisch noodzakelijke zorg over te dragen aan het sociaal domein en cliënten tijdig door te verwijzen naar de Wlz als zij aan de toegangscriteria voldoen. Dit zorgt ervoor dat cliënten de juiste zorg op het juiste moment ontvangen en de uitstroom naar langdurige zorg soepel verloopt.

## Samenwerking

De basis voor passende zorg ligt in het zo goed mogelijk organiseren van zorg, thuis waar het kan, rondom kwetsbare ouderen. We zien de toegevoegde waarde van de zorg vanuit de GZSP, ELV en GRZ in de zorgketen bij langer thuis wonen.

Vanuit Menzis vinden we het belangrijk dat zorgprofessionals (huisarts en/of wijkverpleging) tijdig, de kennis en expertise van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) kunnen inroepen in de thuissituatie, zodat er passende zorg geboden kan worden. Kortdurende zorg is altijd onderdeel van een keten van ondersteuning en zorg aan cliënten.

Voor goede coördinatie in de (acute) zorgketen is het van belang dat u aangesloten bent bij de regionaal gemaakte afspraken, inclusief de regionale afspraken rondom ELV-coördinatie. Daarnaast verwachten we dat u samenwerkt met Wlz-aanbieders en afspraken maakt over de doorstroom, zodat de keten waar nodig soepel doorlopen kan worden. Voor de gehele keten geldt het stepped care principe, waarbij de zorgvraag leidend is.

## Proactieve zorgplanning

Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (2017) beschrijft proactieve zorgplanning (PZP, voorheen Advance Care planning (ACP)) 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.’

Tijdig nadenken over (haalbare) doelen voor ondersteuning en zorg, en de inzet hiervan kan op de lange termijn bijdragen aan het langer zelfstandig functioneren van patiënten, en de inzet van zorg verminderen. Ook na een acute gebeurtenis, wanneer verblijf noodzakelijk is, is het bespreken van het behandelplan en proactief kijken naar de effecten daarvan op de zelfredzaamheid belangrijk. Gedurende het herstel of revalidatieproces wordt het gesprek

gevoerd door zorgprofessional en patiënt over wat nodig is om zo zelfredzaam mogelijk weer naar huis te kunnen. Op het moment dat dat niet haalbaar is, en de patiënt intensieve zorg nodig heeft, dient u als zorgaanbieder tijdig het gesprek aan te gaan over de passende vervolgplek.

We verwachten voor alle zorgsoorten binnen de kortdurende zorg dat proactieve zorgplanning standaard onderdeel uitmaakt van het behandelplan en dat deze op het moment van overdracht beschikbaar is voor alle zorgprofessionals. Om dit te kunnen organiseren, dient u ketenafspraken te maken met betrokken zorgprofessionals, waaronder in ieder geval de huisarts, wijkverpleging en het sociale domein. We verwachten dat deze afspraken in een convenant beschreven zijn, waarin ook weergegeven wordt op welke wijze informatie over wijzigingen in de PZP met de betrokken zorgprofessionals gedeeld wordt.

## Digitalisering en gegevensuitwisseling

### 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. Ook 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

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 dat u deze tijdig ten uitvoer brengt. Daarbij verwijzen we ook naar het met de koepels opgestelde [IZA Uitvoeringsakkoord Gegevensuitwisseling](#).

## 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](#).

## Transformatiemiddelen

Het is van cruciaal belang om samen te werken binnen de regio om de transformatie van de zorg te realiseren, en dit geldt niet alleen voor het zorgdomein, maar ook voor de betrokkenen in het sociale 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 sectoroverstijgend zijn, willen we tijdig meedenken over hoe dit aansluit bij de regionale ontwikkeling op basis van regioplannen. 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](#).

## 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 (Regionaal Overleg Acute Zorgketen) is het initiatief voor zorgcoördinatie zover ontwikkeld dat reguliere inkoop al mogelijk of noodzakelijk 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 de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie in relatie tot ons gepubliceerde inkoopbeleid. Als deze ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven, publiceren wij aanvullend beleid.

## Wijzigingen

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

| Datum      | Onderwerp                              | Wijziging   | Meer info |
|------------|--|---|-----------|
| 01-01-2026 | Experiment revalidatie en herstellzorg | Per 1 januari starten we met een aantal geselecteerde aanbieders een experiment met een andere vorm van | Pagina 12 |

(modulaire) bekostiging.

|            |   |   |                 |
|------------|---|---|-----------------|
| 01-01-2026 | Zorgtraject kwetsbare patiënten             | Per 1 januari hebben we een paragraaf toegevoegd voor de per 01-01-2025 nieuwe prestaties zorgtraject kwetsbare patiënten binnen de GZSP. | Pagina 11       |
| 01-01-2026 | Minimumeis GZSP ouderenzorg                 | We passen de eis aan dat een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) werkzaam moet zijn bij een instelling die ELV, GRZ en/of Wlz zorg biedt.  | Pagina 10 en 20 |
| 01-01-2026 | Budgetplafond bij palliatief terminale zorg | We hanteren geen budgetplafond bij palliatief terminale zorg.   | Pagina 14       |

## Wat koopt Menzis in?

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) is een verzameling van zorgvormen. Het omvat generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, die thuiswonen en zorg ontvangen voor complexe problematiek in de eerste lijn volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het doel is om kwetsbare patiënten diverse vormen van zorg aan te bieden, gericht op herstel of behoud van functies of - indien dit niet mogelijk is - het verkrijgen van achteruitgang. De inzet van een prestatie vanuit deze zorgaanspraak draagt bij aan het verantwoord zelfstandig thuis blijven wonen van patiënten.

Aanvullend op de inhoud van de meest actuele beleidsregel Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen hebben brancheorganisaties en ZN een aantal richtlijnen opgesteld waaraan de zorg voor patiënten in een groep moet voldoen (zie ['Uitgangspunten GZSP zorg in een groep'](#)).

Daarnaast zijn voor de individuele prestaties ['Uitgangspunten individuele prestaties GZSP'](#) opgesteld.

Aanvullend op deze uitgangspunten hebben we vanuit Menzis een aantal eisen.

### Individuele zorg vanuit de GZSP

#### Ouderen

Om de zorg rondom de patiënt goed te kunnen organiseren, is het belangrijk dat de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) samenwerkt met huisartsen en andere professionals. Daarom hebben we vanuit Menzis als uitvoeringseis dat er sprake is van een samenwerkingsverband in de eerste lijn tussen huisartsen, thuiszorgorganisaties, VVT-instellingen en het sociaal domein.

Om de kwaliteit van het samenwerkingsverband in de regio te waarborgen, vinden wij het noodzakelijk dat de zorgaanbieder een SO met de opleiding kaderarts ouderengeneeskunde in de eerste lijn in dienst heeft. Deze gespecialiseerde SO is hiermee met zijn/haar expertise de schakel in het samenwerkingsverband. Indien dit nog niet het geval

is, dient de SO - die nog geen kaderarts is - zich bij aanvang van het contract ingeschreven te hebben voor een opleiding tot kaderarts.

De samenhang tussen de zorg thuis en mogelijke vervolgzorg in een instelling waar ELV/GRZ/GZSP geboden kan worden, is van belang. Daarom verwachten we dat er duidelijke en aantoonbare samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen de SO werkzaam in de eerste lijn en de instellingen die ELV, GRZ en/of Wlz bieden. In de meeste gevallen zal dit betekenen dat de SO werkzaam is bij een instelling die ELV, GRZ en/of Wlz zorg biedt. Wanneer dit door de lokale situatie niet het geval is, zijn aantoonbare samenwerkingsafspraken nog belangrijker. Wanneer de SO, of samenwerkingsverband van SO's, niet werkzaam is bij een instelling die ELV, GRZ en/of Wlz zorg biedt en zorg gaat leveren in een ander werkgebied dient dit te worden geborgd in de lokale samenwerking.

### Verstandelijke problematiek

Bij cliënten met verstandelijke problematiek in de thuissituatie kan de arts verstandelijk gehandicapten van meerwaarde zijn om samen met betrokken zorgprofessionals te kijken naar de optimale inzet van zorg in de thuissituatie. We vinden het dan ook van belang dat er tijdig inzicht is in de complexe zorgvraag van de cliënten en u vanuit de PZP-gedachte een passende oplossing zoekt.

Voor het leveren van GZSP-zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking dienen er minimaal samenwerkingsafspraken gemaakt te worden tussen de zorginstelling voor verstandelijk gehandicapten, huisarts, AVG-arts en het gemeentelijk domein. Voor cliënten met een licht verstandelijk beperking waar het GGZ-domein voorliggend is, verwijzen we u naar het [zorginkoopbeleid GGZ](#).

## Zorg in een groep

**Kwetsbare patiënten en patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel**

Zorg in een groep voor complexe doelgroepen is verdeeld over verschillende domeinen en verschillende aanspraken. Cliënten die zorg in een groep nodig hebben, kunnen deze zorg alleen vanuit de Zvw ontvangen als ze voldoen aan de voorwaarden voor GZSP, die beschreven zijn in de Nza-beleidsregels en de [Uitgangspunten GZSP in een groep](#). Het is belangrijk dat u concrete doelen heeft vastgesteld in het individuele behandelplan en dat er tijdig evaluatie plaatsvindt. Hierbij heeft u de verantwoordelijkheid om samen met andere betrokken partijen de passende zorg uit het juiste domein voor de cliënt te organiseren.

Afgelopen jaren hebben wij vanuit Menzis gezien dat kwetsbare ouderen steeds langer deelnemen aan de behandeling in een groep. Hoewel wij per 2025 de machtigingsvereiste hebben losgelaten voor de zorg aan kwetsbare ouderen blijft het belangrijk om er scherp op te blijven of de cliënt nog voldoet aan de GZSP-criteria of dat een ander domein aan de orde is.

Het blijvend toetsen aan de GZSP-criteria geldt ook voor (langdurige) trajecten binnen de GZSP-zorg in een groep bij patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. Hierbij is het van belang om er scherp op te blijven of de behandeling bijdraagt aan het leren omgaan met de beperkingen van de cliënt en of er passende zorg geboden wordt. Om een beter beeld te krijgen van deze groep continueren wij de in 2025 ingestelde machtigingsvereiste.

### Huntington en SGLVG (sterk gedragsgestoord licht-verstandelijk gehandicapt)

De GZSP kent specifieke prestaties voor patiënten met de ziekte van Huntington en voor patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte-verstandelijke beperking (SGLVG).

Voor patiënten met de ziekte van Huntington is er een specifiek behandelprogramma met bijbehorende prestatie ontwikkeld. Zorg in een groep van patiënten met de ziekte van Huntington wordt geleverd door een multidisciplinair

team, waarbij deskundigheid op het gebied van Huntington noodzakelijk is. Wij verwachten van zorgaanbieders die deze zorg leveren dat zij aangesloten zijn bij het Huntington Kennis Netwerk Nederland.

Patiënten met sterk gestoord gedrag en een licht-verstandelijke beperking (SGLVG) kunnen tevens specifieke behandeling vanuit de GZSP ontvangen. Voorwaarde is dat de gedragsproblematiek in samenhang met de verstandelijke beperking en de psychiatrische stoornis(sen) zijn ontstaan. Zorg voor patiënten die vallen binnen de doelgroep SGLVG is gericht op het vergroten van competenties, het steunsysteem en het professionele netwerk betreft het leren omgaan met beperkingen in het verstandelijk en adaptief functioneren. Van zorgaanbieders die SGLVG-behandeling aanbieden, verwachten wij dat ze aangesloten zijn bij het kennisnetwerk Expertisecentrum De Borg. Voor cliënten met een licht verstandelijk beperking waar het GGZ-domein voorliggend is, verwijzen we u naar het [zorginkoopbeleid GGZ](#).

Zorgverlening aan patiënten met de ziekte van Huntington en patiënten die vallen binnen de doelgroep SGLVG vraagt om specifieke kennis en expertise. Daarnaast betreft het in beide gevallen relatief kleine populaties. Voor deze specifieke populaties kopen we de zorg daarom alleen in bij zorgaanbieders, die daarvoor een uniek en specifiek zorgaanbod beschikbaar hebben. De aanvullende voorwaarde is dat deze zorgaanbieders dit specifiek vermelden op hun website. Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor het addendum Huntington of addendum SGLVG zullen na het doorlopen van de vragenlijst in een beoordelingsronde belanden. Tijdens de beoordelingsronde controleren we of u voldoet aan alle gestelde eisen. Na een positieve beoordeling ontvangt u het addendum Huntington of SGLVG ter ondertekening via VECOZO.

#### Zorgtraject kwetsbare patiënten

Per 1 januari 2025 is er een structurele betaaltitel voor de prestatie Zorgtraject kwetsbare patiënten startfase en Zorgtraject kwetsbare patiënten vervolgfase. De nieuwe prestaties zijn ontwikkeld op basis van zogeheten MESO-pilots. MESO staat voor Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (SO). In 2025 hebben we deze prestaties alleen ingekocht bij de partijen die in de jaren daarvoor hebben deelgenomen aan de MESO-pilots. In 2026 continueren wij deze lijn. Wij hechten veel waarde aan goede en passende zorg voor kwetsbare ouderen in de eerstelijns. De SO is hier een belangrijke schakel in. Wij vinden het belangrijk dat de basiszorg voor kwetsbare ouderen in elke regio op orde is. We zien hierbij een belangrijke rol voor de POH-O, dan wel Verpleegkundig Specialist (VS) en/of Physician Assistant (PA) gespecialiseerd in ouderenzorg, die de spil is in de samenwerking tussen de huisartsenvoorziening, de SO, de wijkverpleegkundige, het sociaal domein en overige betrokken hulp- en zorgverleners. Wij vinden deze samenwerking randvoorwaardelijk. Daarnaast vinden wij dat er regionaal borging moet zijn van SO-consultatie, voordat er sprake kan zijn van inzet van een zorgtraject. We zien hierin nog veel praktijkvariatie. Samen met de andere zorgverzekeraars gaan wij aan de slag met het opstellen van gezamenlijke uitgangspunten voor trajectzorg binnen de GZSP. In onze kernregio's gaan wij de komende periode het gesprek aan om te kijken of en hoe de toevoeging van de nieuwe zorgtrajectprestaties een aanvulling kan zijn op het bestaande zorgaanbod voor kwetsbare ouderen vanaf 2026.

## Individuele behandeling naast GZSP

Individuele paramedische zorg met een aanspraak vanuit de Zvw valt onder de reguliere beleidsregel paramedische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Daardoor is de individuele paramedische zorg geen onderdeel van het zorginkoopbeleid GZSP 2026 en de overeenkomst GZSP 2026.

Wilt u een overeenkomst voor het leveren van individuele paramedische zorg? Kijk dan naar ons [zorginkoopbeleid paramedische zorg](#). Komt u niet in aanmerking voor een overeenkomst individuele paramedische zorg? Dan dient u een samenwerkingsverband aan te gaan met een zorgaanbieder die daarvoor wel in aanmerking komt of reeds gecontracteerd is voor het verlenen van individuele paramedische zorg. Dit ter borging van kwalitatief hoogstaande individuele paramedische zorg en levering vanuit de juiste expertise.

Indien er individuele behandeling naast de zorg in een groep aangeboden wordt, moet dit met een ander doel zijn. U dient in het behandelplan expliciet te benoemen dat de individuele therapieën niet gerelateerd zijn aan de reden waarom de verzekerde zorg in een groep ontvangt.

## Eerstelijnsverblijf (ELV)

Het eerstelijnsverblijf is een plek waar kwetsbare patiënten kortdurend kunnen verblijven. ELV-zorg is van toepassing indien er sprake is van een medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg, zoals huisartsen plegen te bieden, en gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Hierbij is de verwachting dat de patiënt weer terug naar huis kan na de tijdelijke opname. Huisartsen kunnen met behulp van het Afwegingsinstrument ELV - LHV bepalen of er een tijdelijke opname ELV van toepassing is. De coördinatiefunctie in de regio kan hierbij ondersteunen op het moment dat er twijfel ontstaat over de best passende plek. Tijdens het verblijf wordt de zelfredzaamheid van de patiënt vergroot om de terugkeer naar huis te bevorderen. Wanneer er een blijvende zorgbehoefte is, zal beoordeeld worden of de zorg thuis verantwoord geboden kan worden met behulp van mantelzorg, wijkverpleging en/of Wmo-voorzieningen óf dat de patiënt doorverwezen wordt naar de Wlz als aan de toegangscriteria wordt voldaan.

### Experiment revalidatie- en herstelzorg

Per 1 januari 2026 starten wij naar verwachting, samen met alle zorgverzekeraars, een experiment om te komen tot een nieuwe bekostiging voor het ELV en GRZ. Het experiment wordt gestart met een aantal door de verschillende zorgverzekeraars geselecteerde zorgaanbieders. We zien dat bij kwetsbare, thuiswonende mensen rekening moet worden gehouden met situaties waarin een plotselinge, acute zorgvraag ontstaat, waarbij iemand tijdelijk niet meer zelfstandig thuis kan wonen. In die gevallen kan het een uitkomst bieden om de patiënt tijdelijk op te nemen. Hierdoor kan een opname in het ziekenhuis of vroegtijdige opschaling naar intramurale zorg vanuit de Wlz voorkomen of uitgesteld worden. Tegelijkertijd zien we dat de complexiteit van de doelgroep binnen tijdelijk verblijf toeneemt. We vinden het belangrijk dat de bekostiging hierbij aansluit. We krijgen signalen van beroeps- en branchepartijen dat de huidige bekostiging onvoldoende ruimte biedt voor de diversiteit aan zorgvragen die in het tijdelijk verblijf worden behandeld. Daarom willen we dit experiment starten met als doel doorontwikkeling van deze zorg en komen tot een beter passende bekostiging voor het tijdelijk verblijf en ambulante GRZ. Wij volgen de ontwikkelingen van het experiment op de voet en bij wijzigingen in wet- en regelgeving publiceren we zo nodig aanvullend beleid.

## Palliatieve zorg

Palliatieve zorg kan beginnen wanneer een patiënt met de behandelend arts besproken heeft dat eventuele behandeling niet meer gericht is op genezing. Indien nodig wordt wijkverpleging ingezet, in nauwe samenwerking met de behandelaar. In de laatste fase, waarin intensieve zorg noodzakelijk kan zijn, spreken we van palliatieve terminale zorg.

Indien de zorg niet thuis geleverd kan worden, is er opname mogelijk in een eerstelijnsverblijfsvoorziening. Bij een ELV palliatieve indicatie is er sprake van zorg, waarbij de levensverwachting van de patiënt volgens de behandelend arts drie maanden of korter zal zijn. Hierdoor zal de zorg op het ELV kortdurend en intensief zijn. Op het moment dat u deze specialistische vorm van zorg biedt, vinden wij het van belang dat u de specialistische deskundigheid heeft om zorg te bieden aan deze groep. Van alle betrokken zorgverleners verwachten wij dat zij werken volgens het kwaliteitskader Palliatieve Zorg.

De verpleging en verzorging die binnen een hospice worden verleend, worden op verschillende wijzen gefinancierd. Uitgangspunt is dat, waar dat kan, zorg gefinancierd wordt vanuit het ELV.

## Regionale Coördinatiefunctie Verblijf

De samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen en de verschillende vormen van vervolgzorg zijn essentieel in de zorgketen. Dit bevordert de plaatsing van patiënten met een (sub) acute zorgvraag en zorgt ervoor dat zij passende zorg krijgen. Het is daarom van belang dat zorgaanbieders - die GZSP, ELV en/of GRZ zorg leveren - aangesloten zijn bij de coördinatiefunctie in de regio en hier hun capaciteit inzichtelijk maken. De coördinatiefunctie ondersteunt het triageproces, zodat de in-, door- en uitstroom van eerstelijnszorg verbetert. Daarmee heeft de coördinatiefunctie een belangrijke rol in de spoedige doorplaatsing van patiënten naar de juiste zorg. Gezien alle ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie hebben zorgverzekeraars gezamenlijk beleid opgesteld om in te spelen op de actuele ontwikkelingen. Dit beleid vindt u op de [ZN website](#).

## Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)

De aanspraak GRZ betreft de integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, zoals specialisten ouderengeneeskunde (SO) die bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. GRZ is tijdelijk en revalidatiegericht op herstel. De zorg is gericht op het verminderen van de functionele beperkingen van de patiënt. De huisarts, medisch specialist of SO kan de patiënt verwijzen naar de GRZ. Het geriatrisch assessment is leidend voor de uiteindelijke indicatie GRZ (of andere vervolgzorg). Wij vinden het belangrijk dat de patiënt direct start met het trainen in dit behandelklimaat. Ook als hij niet of beperkt belastbaar kan revalideren, valt de zorg onder de diagnose-behandelcombinatie (DBC). Wij vinden de inzet van ELV vóór en ná afloop van een GRZ-traject, bij dezelfde zorgvraag, in de meeste gevallen dan ook geen passende oplossing. Op het moment dat de patiënt uitbehandeld is voor de revalidatie zal hij ontslagen worden. Door proactief de zorgplanning vorm te geven, zal dit al tijdig bekend moeten zijn en is er geen overbruggingszorg - zoals ELV - noodzakelijk. Om de deskundigheid van deze specialistische zorg te waarborgen, dient u een SO in dienst te hebben, die de kaderopleiding geriatrische revalidatiezorg heeft voltooid of in opleiding is.

### Ambulante GRZ

Per 2025 is er een wijziging geweest in de wet- en regelgeving voor GRZ. Hierdoor is het geen voorwaarde meer dat de start van de GRZ gepaard gaat met verblijf. De verwachting is dat de NZa dit vanaf 2026 heeft verwerkt in de DBC-structuur. De afgelopen jaren zijn er diverse pilots geweest om GRZ te ambulantiseren. Wij kijken met belangstelling naar de evaluatie van deze pilots. Het is op dit moment nog niet duidelijk of de nieuwe situatie per 2026 voldoende ruimte biedt om ambulante GRZ goed vorm te geven. Mogelijk blijven pilots, in een gewijzigde vorm, doorlopen.

Wij vinden het belangrijk dat het multidisciplinaire karakter van de zorg en de doelmatige inzet van personeel gewaarborgd blijft. Wij kunnen ons voorstellen dat voor sommige doelgroepen ambulante GRZ een goede route kan zijn, maar denken ook dat dit niet voor alle doelgroepen het geval is. Ook de afbakening met de eerstelijns blijft hierin een uitdaging.

## Bij wie koopt Menzis in?

### Inkoopeisen

Voor alle zorgaanbieders (nieuwe en bestaande), die gecontracteerd willen worden in 2026, gelden dezelfde minimumeisen en uitvoeringseisen. Daarnaast gelden voor een aantal (deel)zorgsoorten specifieke minimumeisen. De algemene uitvoeringseisen gelden voor alle zorgaanbieders. Voor een aantal (deel)zorgsoorten gelden daarnaast specifieke uitvoeringseisen. 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 en uitvoeringseisen 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.

## Budget- en tariefafspraken

### Budgetplafond en tussentijdse aanpassing

Indien de prognose boven het gestelde budgetplafond uitkomt voor het lopende contractjaar meldt u zich met een aanvraag voor budgetophoging. Aanpassingen van het budgetplafond gedurende het jaar zijn alleen mogelijk onder strikte voorwaarden. Beoordeling van de aanvraag doen we op basis van de doelmatigheid in relatie tot het zorgaanbod in de regio. Een budgetafpraak mag noodzakelijke intensieve zorg in de palliatief terminale fase niet belemmeren. Daarom valt de prestatie voor palliatief terminale zorg binnen het ELV niet binnen het budgetplafond.

### Benchmark

Wij verwachten van u dat u doelmatig de zorg aan uw klanten biedt, met oog voor de volledige keten van zorg tot verzekerde: zowel tijdens opname als ontslag naar de thuissituatie of andere zorgvorm. Bij Menzis hebben we hiervoor een benchmark ontwikkeld, waarin we kijken naar de doelmatige inzet van zorg. Verdere toelichting over deze benchmark versturen we samen met de overeenkomst.

# Inkoopproces

We maken onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Een bestaande zorgaanbieder is een zorgaanbieder die in 2025 een overeenkomst GZSP, ELV en/of GRZ met ons heeft en die in de loop van 2025 niet is beëindigd. Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders waarmee we in 2025 geen overeenkomst GZSP, ELV en/of GRZ hebben afgesloten.

## Bestaande zorgaanbieders

Bestaande aanbieders krijgen van ons een uitnodiging om in te schrijven voor een overeenkomst GZSP, ELV en/of GRZ in 2026. Na ontvangst van de uitnodiging tot inschrijven, kunt u in VECOZO de vragenlijst doorlopen. Na bevestiging van de vragenlijst ontvangt u van ons een basisovereenkomst GZSP, ELV en/of GRZ. Mogelijk aangevraagde addenda beoordelen we apart. Voor een voorspoedige afhandeling van de contractering is het actueel houden van uw instellingsgegevens bij Vektis van groot belang: vooral het e-mailadres van de contactpersoon. Het budget en de tarieven nemen we op in de Budgetbrief, die we meesturen met de overeenkomst. De overeenkomst wordt pas definitief als u ook de Budgetbrief ondertekent. Indien u de overeenkomst wel ondertekend heeft, maar de Budgetbrief niet, dan is er dus geen overeenkomst voor 2026 tot stand gekomen. Ondertekening van de basisovereenkomst kan tot 1 november 2025. Tijdig ondertekenen van de contractstukken is van belang om op 12 november als gecontracteerde zorgaanbieder voor 2026 zichtbaar te zijn op onze [Zorgvinder](#).

## Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich éénmaal per contractjaar inschrijven; voldoet u niet aan de voorwaarden voor een overeenkomst dan is inschrijven voor een volgend contractjaar de eerst mogelijke optie.

U moet zich uiterlijk 6 juni 2025 melden via het [contactformulier](#). Vermeld bij de aanmelding alvast de naam van uw instelling, uw AGB-code, naam van de tekenbevoegde of gemachtigde inclusief via het formulier geüpload bewijs van de machtiging, getekend door een tekenbevoegde bestuurder.

Na aanmelding ontvangt u uiterlijk 9 juni 2025 de vragenlijst via het VECOZO Zorginkoopportaal. Daarbij levert u de benodigde stukken ter beoordeling aan. De inschrijving bestaat uit een gecombineerde vragenlijst, waarmee u zowel voor Verpleging en Verzorging als voor Kortdurende Zorg kan inschrijven. De vragenlijst staat zes weken open. De inschrijving is pas definitief als deze volledig doorlopen en bevestigd is. Elke inschrijving beoordelen we op het voldoen aan de minimumeisen. Onvolledige inschrijvingen wijzen we af.

Wanneer we uw inschrijving positief hebben beoordeeld, ontvangt u van ons een basisovereenkomst en Budgetbrief GZSP, ELV en/of GRZ. Om op 12 november als gecontracteerde zorgaanbieder voor 2026 zichtbaar te zijn op onze [Zorgvinder](#), moet u de basisovereenkomst en Budgetbrief uiterlijk 1 november 2025 ondertekend retour gestuurd hebben. Overeenkomsten getekend na 1 november worden zo spoedig mogelijk daarna toegevoegd.

## Contracteerproces via VECOZO

We maken voor het digitale contracteerproces gebruik van het Zorginkoopportaal van VECOZO. Dit portaal biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitgebreide digitale ondersteuning bij de totstandkoming van contractafspraken: vanaf de aanvraag voor een contract tot en met het digitaal ondertekenen. Actuele informatie over het gebruik van VECOZO leest u op onze [website](#). We behouden ons het recht voor om alle verstrekte informatie te verifiëren en om aanvullende informatie op te vragen.

## Wijzigingen in situatie zorgaanbieder

U garandeert dat u bij contractering en gedurende de duur van de overeenkomst over de vereiste capaciteiten, vaardigheden en middelen beschikt om te kunnen voldoen aan alle voorwaarden en condities, zoals vastgesteld in dit zorginkoopbeleid en de bijlagen. Van elke substantiële wijziging in uw situatie (zowel in de periode vóór, gedurende en ná het sluiten van de overeenkomst), die van invloed is op de contractering dient u ons onmiddellijk schriftelijk op de hoogte te stellen.

## 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:

| Datum                  | Actie                             | Wie           | Via   |
|------------------------|-----------------------------------|---------------|---|
| Uiterlijk 1 april 2025 | Publicatie zorginkoopbeleid 2026. | Menzis        | <a href="http://www.menzis.nl/zorgaanbieders">www.menzis.nl/zorgaanbieders</a><br>en nieuwsbrief per mail |
| Uiterlijk 6 juni 2025  | Aanmelden nieuwe zorgaanbieders.  | Zorgaanbieder |   |

|                             |   |               |                            |
|-----------------------------|---|---------------|----------------------------|
| 9 juni 2025                 | Aanbieden vragenlijst Wijkverpleging en Kortdurende Zorg voor nieuwe aanbieders.  | Menzis        | VECOZO                     |
| Uiterlijk 15 september 2025 | Aanbieden vragenlijst en (na indienen vragenlijst) overeenkomst 2026 aan bestaande zorgaanbieders.<br>Aanbieden overeenkomst nieuwe zorgaanbieders. | Menzis        | VECOZO                     |
| Uiterlijk 1 november        | Overeenkomst ondertekend retour en ontvangen door Menzis.   | Zorgaanbieder | VECOZO                     |
| Vanaf 12 november 2025      | Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder.   | Menzis        | <a href="#">Zorgvinder</a> |

## 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. Dit kan gebeuren zodra de aanbieder 70% van zijn budget heeft bereikt. Het aanvragen gaat via het aanvraagformulier budgetophoging op onze website voor de betreffende zorgsoort. Wij toetsen de aanvraag aan doelmatigheid, budgetruimte bij andere zorgaanbieders etc. en informeren de zorgaanbieder uiterlijk binnen een maand over het besluit. Indien er extra tijd nodig is voor de beoordeling laten we u dat schriftelijk weten. Een budgetafspraken mag noodzakelijke intensieve zorg in de palliatief terminale fase niet belemmeren, daarom valt deze vorm van zorg vanaf 2026 niet onder het budgetplafond.

### 2: Contractering nieuwe zorgaanbieders

We verwachten gedurende de looptijd van het zorginkoopbeleid geen aanvullende zorginkoop te hoeven doen bij zorgaanbieders die nog geen overeenkomst met ons hebben gesloten. Als dit onverwacht toch nodig blijkt te zijn, communiceren we dit op dezelfde manier als dit zorginkoopbeleid. We zullen dan ook aangeven welke termijnen gelden, hoe verzoeken voor aanvullende afspraken kunnen worden ingediend en welke minimumeisen en uitvoeringseisen van toepassing zijn.

## Bereikbaarheid

Heeft u vragen over het zorginkoopbeleid, de overeenkomsten of het zorginkoopproces? Dan kunt u vaak het antwoord op onze [website](#). 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.



# Bijlagen

## Bijlage 1. Minimumeisen

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

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

### Minimumeisen specifiek voor de GZSP

De zorgaanbieder conformeert zich aan de 'Uitgangspunten zorg in een groep' en 'Uitgangspunten individuele prestaties', zoals deze zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Hierop aanvullend stellen wij de volgende eisen:

1. De zorgaanbieder heeft een aantoonbare samenwerkingsafpraak met een BIG-geregistreerde specialist ouderengeneeskunde (SO) en/of arts verstandelijk gehandicapten alsmede de gedragswetenschapper. Wanneer de zorgaanbieder een vaste samenwerkingsafpraak met een BIG-geregistreerde SO heeft, beschikt deze over een kaderartsopleiding, is daartoe in opleiding of is uiterlijk 1 januari 2026 ingeschreven voor de opleiding tot kaderarts;
2. Zorgaanbieders die enkel zorg zoals gedragswetenschappers plegen te bieden leveren deze zorg leveren vanuit een programma met het keurmerk Hersenz, dienen een vaste samenwerkingsafpraak met een BIG-geregistreerde gedragswetenschapper te hebben. Wanneer zij geen zorg, zoals SO en/of arts verstandelijk gehandicapten bieden, is minimumeis 1 niet op hen niet van toepassing.

## Minimumeisen specifiek voor de GZSP ten aanzien van ouderenzorg

1. Om de kwaliteit te waarborgen, dient de specialist ouderengeneeskunde (SO), die nog geen kaderarts is, zich bij aanvang van het contract ingeschreven te hebben voor een opleiding tot kaderarts eerste lijn;
2. De zorgaanbieder heeft voor de verlening van individuele paramedische zorg met een aanspraak vanuit de GZSP een overeenkomst eerstelijnsparamedie met ons afgesloten, dan wel binnen het regionale zorgnetwerk samenwerkingsafspraken gemaakt met paramedici die beschikken over een eerstelijnsovereenkomst paramedie met ons en specifieke expertise hebben op dit vlak. Tevens dienen zij aangesloten te zijn bij het regionale netwerk en deel te nemen aan het MDO.

## Minimumeisen GZSP voor zorg aan verstandelijk beperkten

1. Er dienen minimaal samenwerkingsafspraken gemaakt te worden tussen de instelling voor verstandelijk gehandicapten, huisarts, een AVG-arts, en het gemeentelijk domein;
2. Zorgaanbieders die SGLVG-behandeling (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt) aanbieden, dienen aangesloten te zijn bij het kennisnetwerk Expertisecentrum De Borg.

## Minimumeisen specifiek voor de ELV laag en hoog complex

1. De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de zorgaanspraak Eerstelijnsverblijf valt;
2. De zorgaanbieder beschikt over een specialist ouderengeneeskunde (SO) die 24/7 inzetbaar is;
3. De zorgaanbieder heeft voldoende bevoegde Big geregistreeerde verpleegkundigen (niveau 4 of 6) in dienst om 24 uren aanwezigheid van verpleegkundige niveau 4/6 op de ELV-afdeling te waarborgen;
4. De zorgaanbieder garandeert 7 x 24 verlening van zorg.

## Minimumeisen specifiek voor ELV voor patiënten met (verdenking op) Korsakov

1. Aangesloten bij het Korsakov Kenniscentrum;
2. Door het zorgkantoor gecontracteerd;
3. Aangewezen als expertisecentrum (Doelgroep Expertise Centrum of Regionaal Expertise Centrum);
4. Behandeling vindt plaats aan de hand van een gespecialiseerd zorgpad en door een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam bestaande uit tenminste een GZ-psycholoog en een specialist ouderengeneeskunde (SO) met veel kennis en ervaring in de behandeling en zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov;
5. Twee grootste verzekeraars zorgkantoor regio stemmen locatie af/ wijzen zorgaanbieder aan;
6. De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met bekwaam personeel om expertise te borgen;
7. De zorgaanbieder is aangesloten bij een regionale coördinatiefunctie;
8. De zorgaanbieder spant zich in voor passende vervolgzorg of voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten.

## Minimumeisen specifiek voor ELV op een gesloten herstel afdeling

1. Zorgaanbod wordt in de regio geclusterd en in een gesloten setting aangeboden;
2. Zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder, die ook door het zorgkantoor is gecontracteerd voor de opvang van WLZ V&V-crisis zorg;
3. De verwijzers zijn bekend met de locatie voor het gesloten herstel;
4. De zorgaanbieder is aangesloten bij de regionale coördinatiefunctie en het specifieke zorgaanbod is hier bekend;
5. De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met bekwaam personeel om expertise te borgen;
6. Zorgaanbieder spant zich in om de benodigde stappen voor passende vervolgzorg of benodigde voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten.

## Minimumeisen voor ANW opname

1. We verwachten dat de keuze voor het regionaal clusteren van ELV spoedaanmeldingen bij de aangewezen zorgaanbieder aantoonbaar is vastgelegd in bijvoorbeeld het ROAZ-plan of uitwerking van het IZA-regioplan en de werkafspraken zijn vastgelegd met de coördinatiefunctie en verwijzers;
2. De regionale klustering sluit aan bij de doorontwikkeling van het werkgebied van coördinatiefunctie;
3. De zorgaanbieder kan op de locatie waar acute opnames plaatsvinden ook reguliere GRZ en ELV hoog complexe zorg bieden. Hiermee worden patiënt verplaatsingen zoveel mogelijk voorkomen;
4. De zorgaanbieder kan alle ELV en GRZ patiënten 24/7 opnemen;
5. Patiënten kunnen vanuit huis, de huisartsenpost en de SEH via de coördinatiefunctie aangemeld worden.

## Minimumeisen regionale coördinatiefunctie

1. De zorgaanbieder, berust met de uitvoering van de RCF, heeft een overeenkomst eerstelijnsverblijf voor het jaar 2026;
2. Zorgaanbieders sluiten geen partijen uit voor deelname aan de RCF;
3. De RCF voldoet aan de minimale set functionaliteiten zoals landelijk is overeengekomen met onder andere ZN en ActiZ;
4. De zorgaanbieder maakt regionale samenwerkingsafspraken met verwijzers en ontvangers over minimaal triage, in-, door- en uitstroom. Dit doen zij zodanig dat zorg in de keten voldoende is afgestemd en het vervolg van de zorg kan worden gegarandeerd. Deze afspraken worden schriftelijk vastgelegd en minimaal halfjaarlijks geëvalueerd;
5. De zorgaanbieder levert voor de berekening van het budget een begroting met inhoudelijke onderbouwing aan;
6. De RCF maakt de in-, door- en uitstroom inzichtelijk en levert deze gegevens ieder kwartaal aan alle partijen die betrokken zijn bij de RCF.

## Minimumeisen specifiek voor de GRZ

1. De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de zorgaanspraak geriatrische revalidatiezorg (Zvw) valt;
2. De zorgaanbieder heeft de juiste deskundigheid op het terrein van GRZ. Om invulling aan deze deskundigheid te geven, heeft de zorgaanbieder:
  - a) een gespecialiseerde afdeling voor GRZ;
  - b) een specialist ouderengeneeskunde (SO) in dienst, die een kaderopleiding heeft gevolgd of in opleiding is, en die onderdeel uitmaakt van het behandelteam van de GRZ-afdeling in het verpleeghuis;
  - c) op een locatie met een gespecialiseerde afdeling voor GRZ, 24-uurs aanwezigheid van verpleegkundig niveau 4 / 6;
  - d) gespecialiseerde paramedici en verpleegkundigen gericht op deze doelgroep;
3. De minimumeis voor Menzis om een zorgaanbieder een contract aan te bieden voor het leveren van zorg per specifieke diagnosegroep per locatie is:
  - a) electieve orthopedie samen met trauma: minimaal 75 patiënten per jaar;
  - b) CVA: minimaal 50 patiënten per jaar;
  - c) amputatie: geen minimum en
  - d) overig: minimaal 50 patiënten per jaar.

## Bijlage 2. Uitvoeringseisen

Aan deze eisen moet de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst voldoen. Onderstaande uitvoeringseisen worden opgenomen in de overeenkomst. Naast onderstaande uitvoeringseisen zal de overeenkomst uiteraard ook andere bepalingen bevatten, zoals onder andere bepalingen over zorgverlening en declaratie- en betalingsverkeer.

### Uitvoeringseisen algemeen

1. Alle zorgprofessionals dienen PZP standaard onderdeel van het gesprek met de verzekerde te maken;
2. Zorgaanbieders die GZSP, ELV en/of GRZ zorg leveren aan kwetsbare ouderen dienen aangesloten te zijn bij de regionale coördinatiefunctie en hebben afspraken gemaakt over het inzichtelijk maken van de beschikbare capaciteit ELV en/of GRZ;
3. Er is sprake van een samenwerkingsverband met de eerste lijn, waarbij minimaal afspraken zijn gemaakt met huisartsen, thuiszorgorganisaties en het sociaal domein. Hierbij zijn schriftelijke afspraken gemaakt over verwijzingen en het delen van informatie over de patiënt en PZP is hier een standaard onderdeel van;
4. De professionals zijn geschoold in de medische en verpleegkundige richtlijnen en protocollen die gelden voor de specifieke zorgvraag van de patiënt;
5. De aanbieder draagt er zorg voor dat altijd duidelijk is welke arts hoofdbehandelaar is, zodat voor patiënt en familie duidelijk is welke arts voor hen het eerste aanspreekpunt is en welke arts de behandeling coördineert; In het behandelplan moet duidelijk de (her)indicatie met begindatum, verwachte ontslagdatum, de hoofdbehandelaar en prestatie vermeld staan.

### Uitvoeringseisen GZSP

De zorgaanbieder conformeert zich aan de 'Uitgangspunten zorg in een groep' en 'Uitgangspunten individuele prestaties', zoals deze zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Hierop aanvullend stellen wij de volgende eisen:

1. De zorgaanbieder, die verwacht het budget voor prestaties 1004 (zorg in groep aan kwetsbare patiënten) en 1005 (zorg in een groep aan lichamelijk gehandicapten/ mensen met NAH) te gaan overschrijden, deelt dit mee wanneer 70% van het budget is bereikt. In dat geval zal Menzis op basis van inzet op zelfredzaamheid en doelmatigheid in relatie met zorgaanbod in de regio beoordelen of additioneel budget wordt toegekend;
2. De zorgaanbieder meet structureel zowel de tevredenheid van klanten als van verwijzers om de eigen kwaliteit van de specialist ouderengeneeskunde (SO) en/of arts verstandelijk gehandicapten en die van het organisatorische verband op peil te houden. De onafhankelijkheid in het meten van tevredenheid is geborgd;
3. Indien er langer dan 12 maanden zorg in een groep aan patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (prestatiecode A1005) geboden wordt, dient er een machtiging aangevraagd te worden;
4. Aanvullende eisen bij de zorgaanbieder die zorg levert aan patiënten met de ziekte van Huntington:
  - a) De zorgaanbieder beschikt over een specifiek zorgaanbod voor patiënten met de ziekte van Huntington. Dit specifieke aanbod dient daarbij geleverd te worden vanuit een multidisciplinair team, waarbij deskundigheid op het gebied van de ziekte van Huntington noodzakelijk is;
  - b) De zorgaanbieder draagt dit zorgaanbod nadrukkelijk en herkenbaar uit op de website;
  - c) De zorgaanbieder is aangesloten bij het Huntington Kennis Netwerk Nederland.
5. Aanvullende eisen bij de zorgaanbieder die zorg levert aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (SGLVG):
  - a) Hij beschikt over een specifiek zorgaanbod voor patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking. Specifieke deskundigheid op het gebied van SGLVG is noodzakelijk;

b) Hij draagt dit zorgaanbod nadrukkelijk en herkenbaar uit op zijn website.

## Uitvoeringseisen palliatieve zorg

1. De vaststelling van de palliatief terminale fase gebeurt altijd en aantoonbaar in overleg met de (huis)arts. De zorgaanbieder maakt in het zorgplan naast de fysieke, psychische en sociale aspecten tevens zichtbaar dat de verzekerde de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden en dat zij ook de naasten van de verzekerde begeleiding en nazorg biedt;
2. De zorgaanbieder draagt 24 uur per dag en 7 dagen per week zorg voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te kunnen bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen Palliatieve Zorg V&VN) en waarbij een minimaal niveau 4 verpleegkundige ook de Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige is van de verzekerde;
3. De zorgaanbieder werkt conform Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland;
4. De zorgaanbieder participeert actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het Netwerk zijn gemaakt;
5. Indien er zorg geleverd wordt in een hospice, beschikt de hospice over:
  - a) het Perspekt keurmerk palliatieve zorg of;
  - b) het Perspekt PREZO keurmerk hospicezorg;
6. Indien de zorg geleverd wordt in een high care hospice, dan is de hospice aangesloten bij de Associatie Hospicezorg Nederland (AHZN);
7. Binnen het netwerk is een consultatieteam beschikbaar met huisartsen en/of Specialist Ouderengeneeskunde (SO) die tenminste gestart zijn met de kaderopleiding palliatieve zorg of de zogenoemde Cardiff-opleiding of deze reeds hebben afgerond. De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening.

## Uitvoeringseisen specifiek ELV laag en hoog complex

1. De zorgaanbieder die verwacht het budget te gaan overschrijden, deelt dit mee wanneer 70% van het budget is bereikt. In dat geval zal Menzis op basis van inzet op zelfredzaamheid en doelmatigheid in relatie met zorgaanbod in de regio beoordelen of additioneel budget wordt toegekend;
2. De zorgaanbieder maakt voor het plaatsen van de verzekerde voor ELV gebruik van de coördinatiefunctie in zijn regio.

## Uitvoeringseisen specifiek GRZ

1. De zorgaanbieder informeert Menzis over de productie per kwartaal en geleverde kwaliteit van zorg in een door Menzis opgesteld format. Menzis stelt dit format tijdig ter beschikking aan de zorgaanbieder;
2. De zorgaanbieder die verwacht het budget te gaan overschrijden, deelt dit mee wanneer 70% van het budget is bereikt. In dat geval zal Menzis op basis van inzet op zelfredzaamheid en doelmatigheid in relatie met zorgaanbod in de regio beoordelen of additioneel budget wordt toegekend;
3. Het is van belang om tijdens de revalidatie gezamenlijk het revalidatieplan te bespreken en hierbij proactief te kijken naar de gevolgen;
4. Verzekerden worden actief betrokken bij het opstellen en evalueren van het behandelplan, waarbij PZP een standaard onderdeel is van het gesprek;
5. De Barthelscore wordt bij opname en ontslag geregistreerd in het medisch dossier. Wij confirmeren ons hierbij aan de normen en standaarden gesteld door de beroepsgroep; in de toekomst kan dit betekenen dat deze score wordt berekend door gebruik van de USER;
6. De zorgaanbieder biedt minimaal 6 dagen per week, maandag tot en met zaterdag, opnamemogelijkheid en behandeling voor GRZ;

7. Om de deskundigheid van deze specialistische zorg te waarborgen, dienen de zorgaanbieders een specialist ouderengeneeskundige (SO) in dienst te hebben, die de kaderopleiding geriatrie revalidatiezorg heeft voltooid of in opleiding is.

## Uitzondering reisafstand GRZ

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

1. Een specialist ouderengeneeskunde (SO) met een kaderopleiding geriatrie revalidatie is in dienst van de instelling en is onderdeel van het behandelteam op de betreffende locatie;
2. Er zijn afspraken gemaakt rond consultatie van een revalidatiearts;
3. Er is beleid vastgelegd rond de ontwikkeling en borging van deskundigheid van het behandelteam en kwaliteit van zorg. Hierin is in ieder geval verwerkt:
  - a) Scholing van de verschillende disciplines in het behandelteam;
  - b) Gestructureerde kwalitatieve toetsing door middel van periodiek overleg van zorg en zorgpaden met ketenpartners en andere GRZ-zorgaanbieder(s) voor de afzonderlijke diagnosegroepen.