



# Inkoopbeleid

Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) 2026



COÖPERATIE VGZ

Voorop in gezondheid en zorg.  
Voor iedereen.



# Inhoud

<b>Samenwerken aan toekomstbestendige zorg</b>	<b>3</b>
<b>Onze visie op ELV, GRZ en GZSP</b>	<b>4</b>
<b>ELV, GRZ en GZSP &amp; VGZ</b>	<b>6</b>
Voor wie is dit inkoopbeleid bedoeld?	6
Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van vorig jaar	6
<b>Procedure zorginkoop</b>	<b>7</b>
Onze minimeisen voor zorgaanbieders	7
Zo kopen wij zorg in	7
Eerstelijnsverblijf	8
Geriatrische revalidatiezorg	12
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	14
Zo kopen wij zorg in bij nieuwe zorgaanbieders	16
Onze zorgplicht	16
Aanvullende zorginkoop	16
<b>Planning zorginkoop</b>	<b>18</b>
Belangrijke acties en deadlines	18
Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod	21
Onze bereikbaarheid tijdens zorginkoop	21
<b>Voorwaarden en naleving</b>	<b>22</b>
Algemene voorwaarden zorginkoop	22
Wijzigingen/aanvullingen op ons inkoopbeleid	22
Algemeen controleplan	22
Geen aanbesteding	22
<b>Bijlagen</b>	<b>23</b>
1. Overzicht alle wijzigingen ten opzichte van vorig jaar	24
2. Onze minimeisen voor zorgaanbieders	25

# Samenwerken aan toekomstbestendige zorg

Zorg van hoge kwaliteit en toegankelijk voor iedereen - dat is ons doel. De druk op de zorg neemt toe door vergrijzing en personeelstekorten, maar door samenwerking kunnen we oplossingen vinden en de zorg transformeren. Coöperatie VGZ zet zich in om zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden.

## Van zorg naar gezondheid

We streven ernaar de instroom in de zorg te beperken door onze leden meer grip te geven op hun gezondheid. Niet elke zorgvraag vraagt direct om een medische oplossing; zelfzorg en ondersteuning in het sociaal domein spelen een belangrijke rol. Dit vraagt om een nieuw gesprek tussen patiënt en zorgaanbieder en intensievere samenwerking tussen zorgaanbieders en het sociaal domein. Innovatie, digitalisering en verduurzaming van zorgprocessen staan hierbij centraal. We blijven werken aan de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de Green Deal Duurzame Zorg 3.0.

## Impactvolle transformatie

Samen met onze partners streven we naar een impactvolle transformatie van het zorglandschap, vooral op regionaal niveau. Steeds meer initiatieven bewijzen hun waarde. Ondanks een langzame start zijn we optimistisch over de toekomst en zien we nu plannen uit verschillende zorgdomeinen, zoals geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg en wijkverpleging. Deze plannen richten zich op minder instroom, effectievere behandeling en betere samenwerking.



## Meer zelf, meer thuis, meer digitaal

Hybride zorg blijft een speerpunt. Telemonitoring en digitale toepassingen versnellen de zorgtransformatie en maken zorg efficiënter en effectiever. Dit draagt ook bij aan duurzame zorg, doordat patiënten minder hoeven te reizen.

## Transformatie in ons inkoopbeleid

Ons inkoopbeleid faciliteert en waar nodig forceert de transformatie naar toekomstbestendige zorg. We blijven goede voorbeelden delen en oplossingen hergebruiken. Onze uitdaging voor 2026 is om structurele (financiële) ruimte te vinden om deze transformatie voort te zetten.

We moeten samen zoeken naar een balans tussen de belangen van al onze leden én zorgprofessionals. Laten we blijven samenwerken aan een gezonder Nederland met toekomstbestendige zorg voor iedereen!

Cas Ceulen,  
Chief Health Officer Coöperatie VGZ



## Onze visie op ELV, GRZ en GZSP

Het eerstelijnsverblijf (ELV), de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) vervullen een belangrijke functie in de zorgketen in het kader van langer thuis wonen. We vinden het belangrijk dat zorg op de juiste plek wordt geleverd. Digitaal en/of thuis als het kan en op een ELV- of GRZ-locatie als het moet. We richten ons daarbij op het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten, het betrekken van het netwerk én de inzet van hulpmiddelen en zorgtechnologieën. Om aan de toenemende zorgvraag in een context van schaarste te blijven voldoen, stimuleren we de optimale inzet van zorgprofessionals en de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders in de keten.



### Bekijk onze hoofdpunten op de website

[Eerstelijnsverblijf \(ELV\) >](#)

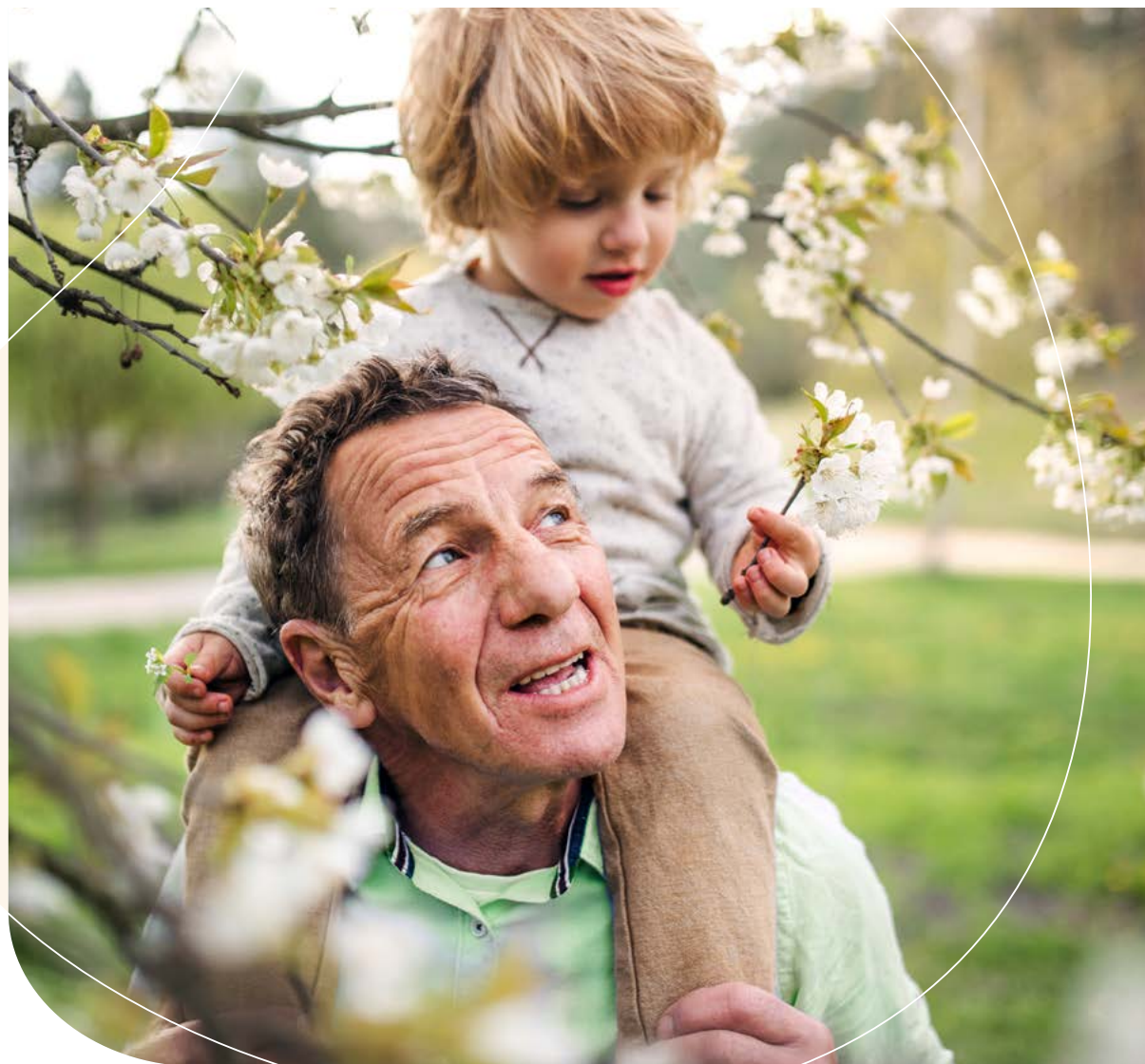
[Geriatrische revalidatiezorg \(GRZ\) >](#)

[Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen \(GZSP\) >](#)

## Duurzaamheid

Om een bijdrage te leveren aan een gezonde toekomst voor iedereen hebben we bij het inkopen van zorg steeds meer aandacht voor duurzaamheid. De zorgsector heeft namelijk een groot aandeel in de CO<sub>2</sub>-uitstoot, het grondstofverbruik en de afvalproductie in Nederland. Dat heeft ernstige gevolgen voor onze leefomgeving, gezondheid en gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat de zorgsector duurzamer wordt en daar kunnen wij aan bijdragen. Bijvoorbeeld door hierover met zorgaanbieders in gesprek te gaan, afspraken te maken en duurzame initiatieven te delen.

[Lees meer over ons beleid Verduurzamen zorg >](#)



## ELV, GRZ en GZSP & VGZ

### Voor wie is dit inkoopbeleid bedoeld?

De informatie in dit inkoopbeleid is van toepassing op zorgaanbieders die eerstelijnsverblijf (ELV), geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en/of geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) leveren.



### Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Het inkoopbeleid is op sommige punten gewijzigd ten opzichte van vorig jaar. De belangrijkste inhoudelijke wijziging vindt u hieronder. Een overzicht met alle wijzigingen ten opzichte van vorig jaar vindt u in de bijlage [Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar](#).

### Bij GZSP zijn de minimumeisen voor geriatrisch assessment voor toegang tot de GRZ vervallen. De eisen zijn toegevoegd aan de minimumeisen voor de specialist ouderengeneeskunde (SO).

In de beleidsregel GZSP zijn per 2025 de prestaties voor het geriatrisch assessment voor toegang tot de GRZ komen te vervallen. Dit betekent dat de SO de directe uren - die besteed worden aan het uitvoeren van het geriatrisch assessment - kan declareren onder de prestatie van de SO. De minimumeisen voor het afnemen van een geriatrisch assessment zijn daarom toegevoegd aan de prestatie van de SO.





# Procedure zorginkoop

## Onze minimumeisen voor zorgaanbieders

We vinden het belangrijk om kwalitatief goede zorg voor onze verzekerden in te kopen. Daarom stellen wij minimumeisen aan zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een zorgovereenkomst. In de bijlage [Minimumeisen](#) leest u wat onze minimumeisen zijn.

## Zo kopen wij zorg in

Tijdens het zorginkoopproces trekken we samen met zorgaanbieders op om het beste resultaat te behalen. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe het proces van zorginkoop verloopt. De planning met belangrijke acties en deadlines staan in het hoofdstuk [Planning zorginkoop](#).

## Zorgovereenkomsten ELV, GRZ en GZSP

Alle zorgaanbieders die in 2025 een zorgovereenkomst ELV, zorgovereenkomst GRZ en/of zorgovereenkomst GZSP met ons hadden, ontvangen uiterlijk 2 juni 2025 in het VECOZO Zorginkoopportaal een uitnodiging met toegang tot de vragenlijst. Met deze vragenlijst kan de zorgaanbieder zich tot en met 29 juni inschrijven voor een zorgovereenkomst in 2026. De vragenlijst geldt voor alle zorgsoorten.

Is de inschrijving voltooid en hebben wij deze uiterlijk op 29 juni 2025 ontvangen? Dan beoordelen wij de inschrijving. Is de inschrijving vervolgens door ons goedgekeurd? Dan ontvangt de zorgaanbieder uiterlijk 12 september 2025 om 17.00 uur een aanbod voor een zorgovereenkomst van de betreffende zorgsoort. De zorgaanbieder heeft tot 31 oktober 2025 17.00 uur de mogelijkheid hier op te reageren. Uiterlijk 19 december 12.00 uur dienen we overeenstemming bereikt te hebben over de zorgovereenkomst (zie [Planning zorginkoop](#)).

## Eerstelijnsverblijf

Eerstelijnsverblijf (ELV) is kortdurende zorg en verblijf in een zorginstelling voor kwetsbare ouderen, die vanwege medische redenen tijdelijk niet zelfstandig thuis kunnen wonen. We streven bij ELV naar passende zorg gericht op herstel en terugkeer naar huis. We richten ons daarom op het principe juiste zorg op de juiste plek (JZOJP), coördinatie en zelfredzaamheid. Deze 3 focuspunten bevorderen de kwaliteit van leven en dragen bij aan het voorkomen van onnodige instroom in het ziekenhuis.

### SO regiebehandelaar bij prestaties ELV hoog complex (HC) en ELV palliatief terminale zorg (PTZ)

Wij verwachten dat de specialist ouderengeneeskunde (SO) regiebehandelaar is bij de prestaties ELV hoog complex (HC) en ELV palliatief terminale zorg (PTZ). Wanneer de huisarts regiebehandelaar is, kan dit van invloed zijn op het tariefaanbod.

## Zorgovereenkomst ELV

In de Zorgovereenkomst ELV zijn de tarieven, het zorgkostenplafond en eventueel een afspraak op ligduur opgenomen. Ons aanbod is gebaseerd op 2 elementen:

1. De NZa-maximumtarieven
2. De scores van de zorgaanbieder in onze ELV-benchmark

### ELV-benchmark

Om te bepalen wie we meenemen in onze benchmark, kijken we naar de productie van iedere zorgaanbieder in 2024. Heeft de zorgaanbieder in 2024 meer dan 15 van onze verzekerden in zorg gehad op de ELV-prestaties laag complex (A0001) en hoog complex (A0002)? Dan wordt de zorgaanbieder meegenomen in de benchmark. Aan de hand van deze benchmark doen

wij een contractaanbod. De methodiek van de benchmark delen we uiterlijk 29 augustus 2025. De individuele uitkomsten delen wij met de individuele zorgaanbieder, tegelijk met het contractaanbod 2026.

In de benchmark kijken we naar de parameters (1) uitstroom naar huis, (2) kosten per consumerend verzekerde die gebruik maakt van ELV en (3) de gemiddelde ligduur. Het doel van een opname in een ELV-instelling is dat cliënten weer zelfstandig thuis kunnen wonen na een kortdurende opname. We vinden dit erg belangrijk en gaan hierover graag in gesprek met zorgaanbieders.

### Tarief

#### *Tariefaanbod voor prestaties laag complex en hoog complex*

Het tariefaanbod voor de prestaties laag complex (LC) en hoog complex (HC) baseren we op de NZa-maximumtarieven en onze benchmark. De scores in onze ELV-benchmark en de invulling van het regiebehandelaarschap bepalen de procentuele afslag van deze NZa-maximumtarieven.

Zorgaanbieders die niet worden meegenomen in de benchmark ontvangen een vast percentage van de maximale NZa-tarieven. Het aanbod bepalen we na de publicatie van de NZa-beleidsregels en -tarieven. Uiterlijk 12 september 2025 om 17.00 uur ontvangt de zorgaanbieder het aanbod met daarin de vastgestelde tarieven en het zorgkostenplafond.

#### *Tariefaanbod palliatief terminale zorg (PTZ)*

We begrijpen dat PTZ een zeer gevoelige en belangrijke fase in het leven is, waarbij aandacht, liefdevolle zorg en professionaliteit centraal staan. Daarom willen wij zorgaanbieders op een zo helder en transparant mogelijke manier informeren over ons tariefaanbod voor deze zorgprestatie.



Voor het tarief van de ELV-prestatie palliatieve terminale zorg (PTZ) maken we geen gebruik van de benchmark. Wij hebben ervoor gekozen een vast tarief te hanteren voor deze prestatie, zodat zorgaanbieders precies weten waar ze aan toe zijn. Dit vaste tarief bedraagt - net als in 2025 - 100% van het NZa-maximumtarief.

### Zorgkostenplafond

Het zorgkostenplafond 2026 wordt gebaseerd op 85% van het zorgkostenplafond 2025 en het resterende cliëntvolgend deel 2025. De indexaties die van toepassing zijn verwerken wij voor de berekening van het zorgkostenplafond 2026. Als we voor 2026 een verbeterafspraken maken op de ligduur, nemen we deze ook mee in de berekening van het zorgkostenplafond 2026. Wordt het zorgkostenplafond in 2025 niet bereikt? Dan kan dit betekenen dat we een lager zorgkostenplafond voor 2026 afspreken dan het jaar ervoor. De resterende 15% is een reservering in de vorm van het cliëntvolgend deel 2026. Op onze webpagina [Zorgkostenplafond](#) leggen we uit waarom we een zorgkostenplafond gebruiken en hoe zorgaanbieders hiermee kunnen omgaan.

### Zorgkostenplafond monitoren

We verwachten van zorgaanbieders dat zij zelf hun productie monitoren en ons op tijd inlichten bij een dreigende overschrijding van het zorgkostenplafond (zie [Aanvullende Zorginkoop](#)). Om hen hierbij te helpen, monitoren wij 2 keer per jaar de realisatiecijfers van al onze gecontracteerde zorgaanbieders. Blijkt uit onze analyse dat een zorgaanbieder meer zorg gaat leveren dan het afgesproken zorgkostenplafond? Dan bekijken we de scores op (1) uitstroom naar huis en (2) ligduur. Op basis hiervan bepalen we of - en in welke mate - we het plafond ophogen. De uitkomsten maken we bekend in juni en in oktober van het contractjaar.

### Zorgkostenplafond bij zorgaanbieders die zowel ELV als GRZ leveren

Levert een zorgaanbieder zowel ELV als GRZ? Dan wordt voor beide zorgsoorten een apart zorgkostenplafond bepaald. Deze 2 zorgkostenplafonds zijn voor maximaal 25% onderling uitwisselbaar, gebaseerd op het initieel afgesproken zorgkostenplafond. Met onderling uitwisselbaar bedoelen we dat het overschreden zorgkostenplafond, met maximaal 25% uitgewisseld mag worden met het onderschreden zorgkostenplafond. Is de onderschrijding kleiner dan 25%? Dan mag alleen met de daadwerkelijke onderschrijding uitgewisseld worden.

### Ligduur

Met de zorgaanbieders die meegenomen worden in de benchmark, maken we afspraken over het aantal ligdagen per cliënt. Deze afspraken zijn gebaseerd op de uitkomsten van de benchmark. Met zorgaanbieders die niet meegenomen worden in de benchmark, maken wij ook een afspraak over het aantal gemiddelde ligdagen per cliënt. Deze afspraak wordt gebaseerd op landelijke gemiddelden en kunnen gaan over verbeteringen of behoud van het aantal ligdagen. Wij gebruiken hiervoor de gegevens van de prestaties laag complex (LC) en hoog complex (HC) in 2024. PTZ is geen onderdeel van deze afspraak. De afspraak over de ligduur wordt meegenomen bij de vaststelling van de hoogte van het zorgkostenplafond 2026.

### Eerstelijnsverblijf voor patiënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov

Wij vinden het - samen met de andere zorgverzekeraars - belangrijk om deze zorg bij een select aantal aanbieders in te kopen. Het is daarbij essentieel dat die zorgaanbieders de juiste expertise, kwaliteit en doelmatigheid kunnen waarborgen. Daarom zijn door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gelijkgerichte inkoopvoorwaarden vastgesteld. Deze minimumeisen zijn opgenomen in de

bijlage [Minimumeisen](#). Wij gaan ervan uit dat zorgaanbieders zich inspannen om de ligduur van een cliënt op de Korsakov-afdeling passend in te zetten door tijdig de juiste vervolgzorg op te starten.

In 2025 hebben we deze prestatie voor het eerst ingekocht. We contracteren in 2026 geen nieuwe aanbieders voor deze prestatie. Uitzondering hierop is wanneer in 2025 blijkt dat we op dat moment niet voldoen aan onze zorgplicht voor deze specifieke doelgroep.

#### **Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling**

Wij vinden het - samen met de andere zorgverzekeraars - belangrijk om deze zorg bij een select aantal aanbieders in te kopen. Het is daarbij essentieel dat die zorgaanbieders de juiste expertise, kwaliteit en doelmatigheid kunnen waarborgen. Daarom zijn door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gelijkgerichte inkoopvoorwaarden vastgesteld. Deze minimumeisen zijn opgenomen in de bijlage [Minimumeisen](#). Wij gaan ervan uit dat zorgaanbieders zich inspannen om de ligduur van een cliënt op de gesloten herstel- en screeningsafdeling passend in te zetten door tijdig de juiste vervolgzorg op te starten. Door deze inspanning verwachten wij dat de ligduur van een cliënt maximaal 6 weken zal zijn.

In 2025 hebben we deze prestatie voor het eerst ingekocht. We contracteren in 2026 geen nieuwe aanbieders voor deze prestatie. Uitzondering hierop is wanneer in 2025 blijkt dat we op dat moment niet voldoen aan onze zorgplicht voor deze specifieke doelgroep.

#### **Opname in avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren)**

Naar aanleiding van de IZA-afspraken over het bevorderen van doorstroom, is er behoefte ontstaan aan extra financiële ruimte voor zorgaanbieders die in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) opnemen. In de reguliere ELV-prestatie is namelijk rekening gehouden met opname tot 20.00 uur. Het gaat hierbij specifiek om kwetsbare ouderen die vanuit een acute situatie - maar zonder medisch specialistische zorgvraag - vanuit de SEH (spoedeisende hulp) of huisartsenpost worden opgenomen. Omdat hier sprake is van een clustering van acute opnames, is het wenselijk om bij de reguliere prestatie ELV hoog complex (HC) een opslag toe te passen voor extra personele kosten om buiten kantooruren, kortdurend en intensief te behandelen. Dit bevordert efficiënte inzet van middelen en personeel in de regio en verbetert de vindbaarheid voor verwijzers en coördinatiefuncties.

Alle zorgverzekeraars hebben via ZN uniforme, aanvullende inkoopvoorwaarden opgesteld om de efficiëntie en doelmatigheid te waarborgen. Deze minimumeisen zijn opgenomen in de bijlage [Minimumeisen](#). In 2025 maakten we met een aantal aangewezen zorgaanbieders afspraken over een toeslag voor opname tijdens ANW-uren. De extra financiering wordt bekostigd binnen de ruimte van het maximale NZa-tarief. De afspraken van 2025 continueren we in 2026, waarbij we in principe geen nieuwe ANW-afspraken maken. Het staat andere zorgaanbieders uiteraard vrij om ook tijdens de ANW-uren opname te verzorgen.

#### **Experimenten**

We gaan ervan uit dat de reguliere prestaties alleen bij uitzondering niet voldoende zijn voor de bekostiging van kortdurend verblijf, waar de ELV voor is bedoeld.

Aanvragen van zorgaanbieders om bepaalde uitzonderlijke situaties te financieren, zullen wij regionaal bekijken en beoordelen. Bij deze beoordeling wordt onder andere - maar niet uitsluitend - gekeken naar de volgende aspecten:

- Past de aanvraag binnen de regionale probleemstelling, zoals geformuleerd in het regiobeeld en regioplan?
- Lost de specifieke aanvraag een belangrijk probleem in de zorgketen op, die regionaal niet anders (beter) op te lossen is?
- Past de aanvraag binnen de afspraken die zorgverzekeraars in ZN verband hierover hebben gemaakt?
- Past de aanvraag binnen de doelstellingen van de ELV (kortdurend verblijf, gericht op uitstroom naar huis, waarbij geen aanspraak is op de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)?)

### De wijkkliniek

De wijkkliniek is een zorgaanbod op het snijvlak van medisch specialistische zorg en generalistische medische zorg voor kwetsbare ouderen. Binnen dit zorgaanbod is er aandacht voor herstel. Daarnaast is het gericht op zowel het voorkomen van instroom in het ziekenhuis als duurzaam ontslag naar huis. In 2024 en 2025 hebben wij daarom met een aantal zorgaanbieders afspraken gemaakt om deel te nemen aan een proeftuin voor dit concept.

In 2025 evalueren we de wijkkliniek en beslissen we hoe we hiermee verder gaan in 2026. De wijkkliniek is een belangrijke toevoeging aan het aanbod tijdelijk verblijf. Waarbij de uitbreiding van de wijkkliniek moet bijdragen aan het verminderen van instroom naar het ziekenhuis. Daarom vinden we het belangrijk om deze zorg samen met de medisch specialistische zorg (MSZ) in te kopen. We volgen hierbij ook de landelijke ontwikkelingen op de voet.

*Op het moment dat wij dit inkoopbeleid publiceren, is de NZa nog bezig met de vormgeving van een Experiment revalidatie- en herstellzorg in de Zvw. Dit is de aanloop naar een nieuwe bekostiging kortdurend verblijf per 1 januari 2030. Alle zorgverzekeraars starten pilots ter ondersteuning van de nieuwe bekostiging volgens gemaakte afspraken binnen ZN verband. Deze ontwikkelingen volgen wij nauwgezet. Wij publiceren - zo nodig - ons aanvullend inkoopbeleid 8 weken na publicatie van de NZa-beleidsregel.*

### Regionale coördinatiefunctie (RCF) tijdelijk verblijf

Wij vinden het van groot belang samen met alle betrokken organisaties de regionale coördinatiefuncties (RCF's) gestructureerd (door) te ontwikkelen. Dit doen we in overleg en in afstemming met de andere zorgverzekeraars en aanbieders van tijdelijk verblijf. Afspraken gemaakt binnen ZN zijn hierin leidend. We sluiten voor het optimaal functioneren van de coördinatiefuncties dan ook aan bij het beleid zoals opgesteld door [ZN](#).

Samengevat zijn de functionaliteiten waar de coördinatiefunctie in 2026 aan moet voldoen:

- Triageren volgens het afwegingsinstrument voor opname ELV
- Bereikbaar zijn tussen 8.00 en 23.00 uur
- Inzicht hebben (24 uur, 7 dagen in de week) in de regionale capaciteit en beschikbaarheid
- Monitoren en evalueren van het functioneren van de coördinatiefunctie
- Uitvoeren van kwaliteit- en effectmeting van de coördinatiefunctie
- Digitaal inrichten van werkprocessen en triage (zoveel als mogelijk)
- Doelmatige inrichting van de regionale coördinatiefunctie (RCF)
- Inzichtelijk maken van alle bedden (van alle zorgaanbieders) in de regio
- Nauw samenwerken met de zorgcoördinatievoorziening in de regio



## Geriatrische revalidatiezorg

De geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is multidisciplinaire zorg bedoeld voor kwetsbare ouderen, gericht op functioneel revalideren. Onder functioneel revalideren verstaan we een revalidatietraject met doelen op maat, waarbij de revalidant functies en vaardigheden leert om zo snel mogelijk zo zelfstandig mogelijk te leven. Al dan niet met een blijvende beperking, en waar nodig met ondersteuning van het eigen netwerk en hulpmiddelen.

### Toegankelijkheid van de GRZ

Binnen de GRZ is de specialist ouderengeneeskunde (SO) de regiebehandelaar. Toegang tot de GRZ kan vanuit huis en na ziekenhuisopname. Een geriatrisch assessment is een verplicht middel om te beoordelen wat de beste plek is voor een cliënt voor vervolgzorg. Daarom is het noodzakelijk dat dit geriatrisch assessment altijd voorafgaand aan de GRZ plaatsvindt. Zo wordt rechtmatig toegang verkregen tot de GRZ.

We willen de toegang voor GRZ ook in de toekomst kunnen garanderen. Dit doen we door organisaties te ondersteunen die deelnemen aan het Experiment revalidatie- en herstelzorg. Daarnaast vinden we het belangrijk dat alleen multidisciplinaire zorgvragen beantwoord worden met een aanbod GRZ. Bij electieve orthopedie hoeft een deel van de patiënten geen multidisciplinaire aanpak te ontvangen om te revalideren en te herstellen. Monodisciplinaire paramedische zorg is dan het passende zorgaanbod.

We verwachten dat maximaal 3% van alle cliënten met een electieve heup- of knieoperatie in de medisch specialistische zorg (MSZ) na de operatie opgenomen wordt op de GRZ. Daarnaast verwachten we dat de populatie electieve orthopedie binnen de GRZ maximaal 10% is van de totale populatie,

inclusief ambulante GRZ. De GRZ- en MSZ-aanbieders kunnen dit bereiken door voor de ingreep goede ketenafspraken te maken en een proactieve zorgplanning op te stellen. Zo kan de cliënt in de thuissituatie herstellen en revalideren.

### ELV voorafgaand aan GRZ

Kan de cliënt nog niet starten met de GRZ-behandeling, omdat de cliënt voor een week of langer niet belastbaar is? Dan is ELV voorafgaand aan GRZ toegestaan. Dit kan dan bij ons gedeclareerd worden. Hiervoor geldt de voorwaarde dat de combinatie van de declaratie voor de ELV en de GRZ-DBC samen, niet duurder is dan de DBC voor alleen GRZ.

### Zorgovereenkomst GRZ

In de Zorgovereenkomst GRZ zijn de tarieven en het zorgkostenplafond opgenomen. Ons aanbod is gebaseerd op 2 elementen:

1. De NZa-indexcijfers
2. De scores van de zorgaanbieder in onze GRZ-benchmark

### Tarief en benchmark

Het tariefaanbod dat de zorgaanbieder ontvangt, is afhankelijk van de score in onze GRZ-benchmark. We kijken daarbij naar de volgende parameters:

- Uitstroom naar huis
- De heropnames binnen 6 weken na ontslag
- Kosten per opgenomen verzekerde (DBC-prijs als resultaat van behandeluren en ligduur)
- Verbetering op de Barthel Index tijdens het revalidatietraject (als uitkomstmaat van de aangeleerde functies en vaardigheden)
- Het relatieve percentage electieve orthopedie

De uitkomsten van deze parameters worden vertaald in een aanbod voor een tarief. Dit tarief is gebaseerd op de NZa-maximumtarieven voor ambulante, korte, middellange en lange DBC's. Een aantal van bovenstaande parameters baseren wij op de door de zorgaanbieder aangeleverde realisatiemonitor Q4 2024. Is deze realisatiemonitor niet op tijd bij ons aangeleverd? Dan schatten we de waarden zelf in. Vervolgens baseren we daarop ons contractaanbod.

De methodiek van de benchmark delen we uiterlijk 29 augustus 2025. De individuele uitkomsten delen wij met de individuele zorgaanbieder, tegelijk met het contractaanbod 2026.

### Zorgkostenplafond

Het zorgkostenplafond 2026 wordt vastgesteld op basis van het zorgkostenplafond 2025 en het relatieve percentage electieve orthopedie per zorgaanbieder. Wordt het zorgkostenplafond in 2024 en/of 2025 niet bereikt? Dan kan dit betekenen dat we een lager zorgkostenplafond voor 2026 afspreken dan het jaar ervoor. Op onze webpagina [Zorgkostenplafond](#) leggen we uit waarom we een zorgkostenplafond gebruiken en hoe zorgaanbieders hiermee kunnen omgaan.

### Zorgkostenplafond monitoren

We verwachten van zorgaanbieders dat zij zelf hun productie monitoren en ons op tijd inlichten bij een dreigende overschrijding van het zorgkostenplafond (zie [Aanvullende Zorginkoop](#)). Om hen hierbij te helpen, monitoren wij 2 keer per jaar de realisatiecijfers van al onze gecontracteerde zorgaanbieders. Blijkt uit onze analyse dat een zorgaanbieder meer zorg gaat leveren dan het afgesproken zorgkostenplafond? Dan bekijken we de scores op (1) uitstroom naar huis, (2) kosten per cliënt en (3) electieve orthopedie. Op basis hiervan

bepalen we of - en in welke mate - we het plafond ophogen. De uitkomsten maken we bekend in juni en in oktober van het contractjaar.

### Zorgkostenplafond bij zorgaanbieders die zowel ELV als GRZ leveren

Levert een zorgaanbieder zowel ELV als GRZ? Dan wordt voor beide zorgsoorten een apart zorgkostenplafond bepaald. Deze 2 zorgkostenplafonds zijn voor maximaal 25% onderling uitwisselbaar, gebaseerd op het initieel afgesproken zorgkostenplafond. Met onderling uitwisselbaar bedoelen we dat het overschreden zorgkostenplafond, met maximaal 25% uitgewisseld mag worden met het onderschreden zorgkostenplafond. Is de onderschrijding kleiner dan 25%? Dan mag alleen met de daadwerkelijke onderschrijding uitgewisseld worden.

### Ambulante revalidatie

Tijdens de ambulante GRZ revalideren cliënten in hun eigen omgeving. Dit helpt hen vaardigheden op te doen die ze nodig hebben bij het dagelijks functioneren. Daarbij wordt het risico op opname in het ziekenhuis verkleind. De ambulante GRZ wordt op verschillende manieren aangeboden. Dit kan via (1) een fysiek bezoek van een professional, (2) videobellen of (3) een training op locatie van de zorgaanbieder. Een combinatie van deze 3 manieren is ook mogelijk. De komende jaren zal ambulante GRZ zich verder ontwikkelen door het opdoen van ervaring bij aanbieders, passend bij de vraag en doelgroep.

We verwachten dat het aantal cliënten mee stijgt met de demografische ontwikkelingen. We zien de ambulante revalidatie als vervanging voor klinische GRZ. De aanname is dat ambulante GRZ bijdraagt aan het verkorten van de ligduur. Hiermee voorkomt het onnodige uitbreiding van het aantal bedden binnen instellingen. Ook sluit het revalidatietraject daarmee beter aan op de thuissituatie van de cliënt.

### *Actuele ontwikkelingen ambulante revalidatie*

Wij volgen de actuele ontwikkelingen van de regelgeving. Onderdeel van het experiment revalidatie- en herstelzorg is de bekostiging van ambulante revalidatiezorg. Wij vinden het belangrijk dat aanbieders die niet deelnemen aan het experiment ook ambulante revalidatiezorg kunnen leveren.

*Op het moment dat wij dit inkoopbeleid publiceren, is de NZa nog bezig met de vormgeving van een Experiment revalidatie- en herstelzorg in de Zvw. Dit is de aanloop naar een nieuwe bekostiging kortdurend verblijf per 1 januari 2030. Alle zorgverzekeraars starten pilots ter ondersteuning van de nieuwe bekostiging volgens gemaakte afspraken binnen ZN verband. Deze ontwikkelingen volgen wij nauwgezet. Wij publiceren - zo nodig - ons aanvullend inkoopbeleid 8 weken na publicatie van de NZa-beleidsregel.*



## Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) is zorg aan thuiswonende kwetsbare mensen met meervoudig complexe problematiek. Het betreft behandeling van lichamelijke klachten, psychische klachten en/of gedragsproblematiek. Door de juiste inzet van GZSP kunnen cliënten langer thuis wonen, wordt zwaardere zorg uitgesteld of soms zelfs voorkomen. Hiermee biedt GZSP een waardevolle bijdrage voor de hele zorgketen.

### Zorgovereenkomst GZSP

In de Zorgovereenkomst GZSP zijn de tarieven en het zorgkostenplafond opgenomen.

#### Tarief

Net als in 2025 hanteren we in 2026 een afslag op het NZa-maximumtarief. Het tarief voor alle prestaties binnen de GZSP bedraagt 96% van de NZa-maximumtarieven 2026.

#### Zorgkostenplafond

We bieden in 2026 een zorgovereenkomst GZSP aan met 1 zorgkostenplafond voor alle GZSP-prestaties. Het zorgkostenplafond 2026 wordt vastgesteld op basis van het zorgkostenplafond 2025. Wordt het zorgkostenplafond in 2025 naar verwachting niet bereikt? Dan kan dit betekenen dat we een lager zorgkostenplafond voor 2026 afspreken dan het jaar ervoor. Op onze webpagina [Zorgkostenplafond](#) leggen we uit waarom we een zorgkostenplafond gebruiken en hoe zorgaanbieders hiermee kunnen omgaan.

#### Zorgkostenplafond monitoren

We verwachten van zorgaanbieders dat zij zelf hun productie monitoren en ons op tijd inlichten bij een dreigende overschrijding van het zorgkostenplafond (zie [Aanvullende Zorginkoop](#)). Om hen hierbij te helpen, monitoren wij 2 keer



per jaar de realisatiecijfers van al onze gecontracteerde zorgaanbieders. Blijkt uit onze analyse dat een zorgaanbieder meer zorg gaat leveren dan het afgesproken zorgkostenplafond? Dan gaan we in overleg met de zorgaanbieder om de reden van de overproductie te bepalen. Vervolgens kijken we of de groei daarmee gewenst en passend is. Op basis hiervan bepalen we of - en in welke mate - we het plafond ophogen. De uitkomsten maken we bekend in juni en in oktober van het contractjaar.

### Taakherschikking

We hebben aandacht voor het zo efficiënt mogelijk omgaan met de beschikbare capaciteit binnen de GZSP. Daarom bieden we de specialist ouderengeneeskunde (SO) de mogelijkheid om de te leveren zorg te herschikken naar de verpleegkundige specialist (VS) of de physician assistant (PA). Voor de daadwerkelijke uitvoering van de taakherschikking sluiten we aan bij het standpunt van Verenso ([Taakherschikking - Verenso](#))

### Zorgtraject kwetsbare patiënten

In 2024 zijn de nieuwe prestaties 'Zorgtraject voor kwetsbare patiënten' bekend gemaakt. Deze prestaties zijn ontwikkeld op basis van de resultaten van zogeheten MESO-pilots. MESO staat voor Multidisciplinair Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde. In deze pilots hebben de huisarts en specialist ouderengeneeskunde (SO) nauw samengewerkt. Op dit onderwerp is nadere beleidsontwikkeling nodig in afstemming met huisartsenzorg. Daarom zetten wij in 2026 het aanvullend inkoopbeleid uit 2025 voort. Dit betekent dat we in 2026 alleen

inkoopafspraken maken voor de prestaties 'Zorgtraject kwetsbare patiënten' met aanbieders die:

- In 2024 deelnamen aan een MESO-pilot, én
- In 2025 met ons contractuele afspraken hebben rondom de prestatie 'Zorgtraject kwetsbare patiënten'.

### Prestaties Wet zorg en dwang (Wzd)

De prestaties uit de Wzd staan beschreven in de op dat moment geldende (vigerende) NZa-beleidsregel Wet zorg en dwang. Zodra we de inschrijving 2026 hebben gecontroleerd en deze hebben goedgekeurd, mogen de prestaties uit de Wzd volgens de beleidsregel tegen het NZa-maximumtarief worden gedeclareerd.



## Zo kopen wij zorg in bij nieuwe zorgaanbieders

Onder nieuwe zorgaanbieders verstaan wij zorgaanbieders die nieuw beginnen met het verlenen van zorg en zorgaanbieders met wie we nog geen zorgovereenkomst ELV, zorgovereenkomst GRZ en/of zorgovereenkomst GZSP hebben in 2025. Voor alle aanbieders binnen een bepaalde zorgsoort gelden dezelfde voorwaarden om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst. Voor nieuwe zorgaanbieders geldt dat we [aanvullende minimumeisen](#) stellen voordat een zorgovereenkomst wordt aangeboden. Dit doen we om de zorgaanbieder zorgvuldig te kunnen beoordelen. Daarnaast brengen we in deze beoordeling onderwerpen onder de aandacht waarover wij afspraken willen maken met nieuwe zorgaanbieders.

Nieuwe zorgaanbieders kunnen van 1 april tot en met 16 mei 2025 een zorgovereenkomst aanvragen via [onze website](#). Wij informeren deze aanbieders vervolgens over de te volgen procedure. Het inkoopproces is gelijk voor zowel bestaande gecontracteerde aanbieders, als voor nieuwe zorgaanbieders. Belangrijke acties en deadlines zijn te vinden in de [Planning zorginkoop](#).

We contracteren uitsluitend nieuwe zorgaanbieders als we vaststellen dat we niet aan onze zorgplicht in een regio kunnen voldoen. Dit beoordelen we aan de hand van het wettelijk kader zorgplicht, waaraan nadere invulling is gegeven in de NZa [Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw](#).

Bij het contractaanbod voor nieuwe aanbieders wordt onderbouwd hoe we zijn gekomen tot het aanbod op tarief, zorgkostenplafond en eventueel aanvullende afspraken.

## Onze zorgplicht

Tijdens het zorginkoopproces staat het vervullen van onze zorgplicht centraal. Leidt het inkopen van zorg naar ons oordeel tot onvoldoende gecontracteerde aanbieders, waardoor we niet aan onze zorgplicht kunnen voldoen? Dan behouden wij ons het recht voor om extra zorgaanbieders (onderhands) bij te contracteren, of op een andere manier zorg in te kopen.

## Aanvullende zorginkoop

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe en onder welke voorwaarden we tijdens het jaar aanvullende zorg inkopen. De planning met belangrijke acties en deadlines staat in het hoofdstuk [Planning zorginkoop](#).

## Verhoging zorgkostenplafond aanvragen

Om de zorg betaalbaar te houden, spreken we met zorgaanbieders een tarief, een zorgkostenplafond en eventueel een afspraak op ligduur af. Wanneer afspraken hierover niet voldoende blijken te zijn, is het mogelijk dat we het zorgkostenplafond van een zorgaanbieder verhogen. We kopen dan mogelijk extra zorg in. En doorlopen daarbij het volgende proces:

### 1) De zorgaanbieder meldt zich wanneer 70% van het zorgkostenplafond is bereikt

Heeft de zorgaanbieder 70% van het zorgkostenplafond bereikt en wordt verwacht dat het resterende deel van het zorgkostenplafond niet voldoende is? Dan meldt de zorgaanbieder dit bij de zorginkoper. Een aanvraag om het zorgkostenplafond te verhogen moet gedaan worden via ons formulier '[Verhoging zorgkostenplafond aanvragen](#)' of per mail aan onze zorginkoper.

### De zorgaanbieder levert hierbij het volgende aan:

- De prognose van de totale productie 2026
- Het aantal verwachte cliënten
- Een toelichting op het verzoek
- Aanvullend voor ELV geldt: de gemiddelde ligduur (voor de prestaties laag complex (LC) en hoog complex (HC)) per cliënt

Betreft de aanvraag een verhoging voor ELV of GRZ? Dan levert de zorgaanbieder ook het volgende aan:

- Het te verwachten zorgkostenplafond voor de ELV én de GRZ

## 2) Wij beoordelen de informatie en het verzoek tot het verhogen van het zorgkostenplafond

Als we alle informatie hebben ontvangen, beoordelen we of er nog aanvullende informatie nodig is van de zorgaanbieder om een besluit te nemen over de verhoging van het zorgkostenplafond. Voor die beoordeling kijken we in ieder geval, maar niet uitsluitend, naar:

- De regionale ontwikkelingen in de betreffende regio, ook in relatie tot onze zorgplicht
- De groei van het aantal cliënten
- De score in de benchmark
- Aanvullend voor ELV geldt: de gemiddelde ligduur (voor de prestaties laag complex (LC) en hoog complex (HC)) per cliënt

## 3) De zorgaanbieder ontvangt terugkoppeling

Is de aanvraag compleet? Dan ontvangt de zorgaanbieder binnen 3 weken bericht of de verhoging van het zorgkostenplafond wordt toegekend of niet. Het zorgkostenplafond wordt pas verhoogd wanneer de zorgaanbieder hierover

bericht van ons heeft ontvangen. Zonder onze expliciete toestemming wordt het zorgkostenplafond niet verhoogd en is het initieel overeengekomen plafond - na verwerking verzekerdenmutatie - leidend.

### Geen verhoging toegekend

Komt de zorgaanbieder niet uit met het zorgkostenplafond of de afspraak ligduur en hebben wij de aanvraag tot het verhogen niet goedgekeurd? Dan is het mogelijk - om na overleg met ons - een **cliëntenstop** voor nieuwe cliënten toe te passen. Onze afdeling Zorgadvies en wachtlijstbemiddeling leidt onze verzekerden dan naar passend gecontracteerd zorgaanbod. Samen maken we afspraken over de manier waarop we onze verzekerden informeren.

Voor cliënten die al zorg ontvangen, geldt een **doorleverplicht**. Het is daarom belangrijk dat zorgaanbieders op tijd (bij 70% van het zorgkostenplafond) een verzoek tot ophoging indienen. Zo kunnen bestaande cliënten, op basis van het resterende budget van zorg worden voorzien.





## Planning zorginkoop

### Belangrijke acties en deadlines

Tijdens het zorginkoopproces houden we een planning aan met belangrijke acties en deadlines. Zo weten zorgaanbieders precies wanneer welke acties nodig zijn voor het sluiten van een overeenkomst.

## ELV, GRZ en GZSP

2025	Datum en tijd	Wie	Actie	Via
	2 juni 2025 t/m 29 juni 2025	Zorgaanbieder	Inschrijven voor een zorgovereenkomst door middel van het invullen van de vragenlijst.	<a href="#">VECOZO Zorginkoopportaal</a>
	14 juli 2025 t/m 29 augustus 2025, vóór 17.00 uur	VGZ	Informeren van zorgaanbieders die niet in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst.	E-mail
			Informeren over de benchmarkmethodiek. Deze informatie sturen we alleen naar zorgaanbieders die in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst en tot de benchmarkgroep(en) behoren.	
	14 juli 2025 t/m 12 september 2025, vóór 17.00 uur	VGZ	Aanbieden zorgovereenkomst.	E-mail of <a href="#">VECOZO Zorginkoopportaal</a>
	Uiterlijk 31 oktober 2025, vóór 17.00 uur	Zorgaanbieder	Reageren op aanbod (optioneel).	E-mail of <a href="#">formulier op onze website</a>
	Uiterlijk 19 december 2025, vóór 12.00 uur	Zorgaanbieder en VGZ	Overeenstemming bereiken over de zorgovereenkomst.	E-mail of <a href="#">VECOZO Zorginkoopportaal</a>

## 2026

## Nieuwe zorgaanbieders

2025	Datum en tijd	Wie	Actie	Via
	1 april 2025 t/m 16 mei 2025	Zorgaanbieder	Aanvragen zorgovereenkomst.	<a href="#">Formulier op onze website</a>
	2 juni 2025 t/m 29 juni 2025	Zorgaanbieder	Voltooien inschrijving door de vragenlijst in te vullen.	<a href="#">VECOZO Zorginkoopportaal</a>
	1 augustus 2025 t/m 31 oktober 2025	VGZ	Aanbieden zorgovereenkomst aan zorgaanbieders die in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst.	E-mail
			Informeren van zorgaanbieders die niet in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst.	
	Uiterlijk 1 december 2025, vóór 17.00 uur	Zorgaanbieder	Reageren op aanbod (optioneel).	E-mail of <a href="#">formulier op onze website</a>
	Uiterlijk 19 december 2025, vóór 12.00 uur	Zorgaanbieder en VGZ	Overeenstemming bereiken over de zorgovereenkomst.	<a href="#">VECOZO Zorginkoopportaal</a>

2026



### Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod

Vanaf 12 november 2025 maken wij het gecontracteerde zorgaanbod bekend via onze [Zorgzoekers](#). Onze Zorgzoekers werken we tussentijds bij op basis van het actuele gecontracteerde zorgaanbod. Zo weten onze verzekerden op tijd welke zorgaanbieders een overeenkomst hebben.

### Onze bereikbaarheid tijdens zorginkoop

Heeft u vragen over het inkoopbeleid, de overeenkomsten of het proces van zorginkoop? In veel gevallen vindt u het antwoord op onze [website](#). Staat het antwoord er niet tussen? Stel uw vraag dan via ons [contactformulier](#). U ontvangt binnen 2 weken nadat u uw vraag heeft gesteld onze reactie.



# Voorwaarden en naleving

## Algemene voorwaarden zorginkoop

Voor alle zorgaanbieders met wie wij een overeenkomst sluiten voor ELV, GRZ en GZSP, gelden de [Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ](#).

## Wijzigingen/aanvullingen op ons inkoopbeleid

We behouden ons het recht voor om het zorginkoopbeleid en de zorginkoopprocedure tussentijds aan te passen als daar naar ons oordeel reden voor is. Bijvoorbeeld door wijzigingen in wet- en regelgeving, als gevolg van afspraken die voortkomen uit het Integraal Zorgakkoord of als er onverhoopt informatie ontbreekt of onjuist is. Wijzigingen in ons inkoopbeleid maken we bekend via [nieuws](#) op onze website en in het inkoopbeleid zelf.

## Algemeen controleplan

We hebben de wettelijke en maatschappelijke taak om gerichte controles uit te voeren naar de rechtmatigheid en doelmatigheid van declaraties. Deze controles zijn noodzakelijk om de gezondheidszorg betaalbaar en toegankelijk te houden en kwaliteit van zorg te kunnen blijven garanderen. Daarnaast dienen we ons te verantwoorden naar interne en externe toezichthouders over de rechtmatigheid van de betaalde zorgkosten. Meer hierover leest u in ons [controleplan](#).



## Geen aanbesteding

We zijn geen aanbestedende dienst in de zin van de Aanbestedingswet of de Europese aanbestedingsrichtlijnen. De Aanbestedingswet of de Europese aanbestedingsrichtlijnen zijn uitdrukkelijk niet van toepassing op onze zorginkoop. De relatie tussen zorgaanbieders en VGZ wordt uitsluitend beheerst door de precontractuele goede trouw, redelijkheid en billijkheid, waarbij die precontractuele goede trouw, redelijkheid en billijkheid niet wordt ingevuld door de aanbestedingsregels en de aanbestedingsbeginselen.





# Bijlagen

# 1. Overzicht alle wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Onderwerp	Beleid 2025	Beleid 2026
Wijkkliniek	In 2025 worden de afspraken die gemaakt zijn met de lopende pilots van het Leernetwerk Acute Ouderenzorg verlengd. Met het oog op de evalueerders in 2025, starten er geen nieuwe pilots.	Ons beleid in 2026 rondom wijkklinieken is afhankelijk van de evalueerders in 2025. Zodra dit bekend is, publiceren wij - zo nodig - aanvullend beleid.
Tariefaanbod ELV laag complex (LC) en hoog complex (HC)	In 2025 bepaalden de scores in onze ELV-benchmark de procentuele afslag van de NZa-maximumtarieven laag en hoog complex.	In 2026 bepalen de scores in onze ELV-benchmark en de invulling van het regiebehandelaarschap de procentuele afslag van de NZa-maximumtarieven laag en hoog complex.
Aanvullende minimumeisen palliatief terminale zorg (PTZ) binnen ELV	In ons inkoopbeleid 2025 staan de minimumeisen voor zorgaanbieders die alleen PTZ leveren niet apart omschreven.	In ons inkoopbeleid 2026 hebben we de aanvullende minimumeisen voor PTZ binnen ELV duidelijker opgeschreven. Nu is duidelijk waar zorgaanbieders aan moeten voldoen, wanneer ze alleen PTZ binnen ELV leveren.
ELV aanvullende minimumeisen voor cliënten op een gesloten herstel- en screeningsafdeling	In ons inkoopbeleid 2025 stond niet expliciet opgenomen dat zorgaanbieders moeten handelen volgens de Wet zorg en dwang (Wzd) bij cliënten op een gesloten herstel- en screeningsafdeling.	In ons inkoopbeleid 2026 is de minimumeis toegevoegd dat een zorgaanbieder moet handelen volgens de Wet zorg en dwang (Wzd) bij cliënten op een gesloten herstel- en screeningsafdeling.
Minimumeisen geriatrisch assessment voor toegang GRZ	In ons inkoopbeleid 2025 hebben we specifieke minimumeisen opgenomen voor de prestaties geriatrisch assessment voor toegang tot de GRZ.	In ons inkoopbeleid 2026 vervallen de minimumeisen voor geriatrisch assessment voor toegang tot de GRZ binnen de GZSP. De eisen worden toegevoegd aan de minimumeisen voor de specialist ouderengeneeskunde (SO). Hierdoor kan de SO directe uren die besteed worden aan het uitvoeren van het geriatrisch assessment, declareren onder de prestatie van de SO.

## 2. Onze minimeisen voor zorgaanbieders

Om een zorgovereenkomst ELV, zorgovereenkomst GRZ of zorgovereenkomst GZSP te sluiten, moeten zorgaanbieders van deze zorgsoorten aantoonbaar voldoen aan bepaalde minimeisen. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst moeten zij aan deze minimeisen blijven voldoen.

### Minimeisen voor alle zorgaanbieders

Om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst ELV, een zorgovereenkomst GRZ en/of een zorgovereenkomst GZSP gelden de volgende generieke minimeisen:

- De zorgaanbieder voldoet aan de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en heeft – indien de Wtza dat vereist – een vergunning voor het verlenen van de zorg, ook voor verblijf.
- De zorgaanbieder voldoet aan de geldende NZa Regeling transparantie zorgaanbieders.
- De UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd.
- De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) opgelegd gekregen.
- De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, de werkzaamheden zijn niet gestaakt en er geldt geen surseance van betaling of een (faillissements)akkoord.
- De zorgaanbieder heeft niet volgens artikel 7.3 en/of artikel 7.4 Regeling zorgverzekering niet meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7.4 Regeling zorgverzekering.
- De zorgaanbieder is niet aanzienlijk of voortdurend tekortgekomen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met ons, wat heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst, tot schadevergoeding of tot andere vergelijkbare sancties.
- We toetsen de zorgaanbieder aan onder meer het RIZ-portaal. Deze toetsing levert geen resultaat op dat het aangaan van een overeenkomst kan uitsluiten.
- 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.
- Er is tegenover de zorgaanbieder, het bestuur, de leidinggevende en toezichthoudende organen (of vertegenwoordigers en beslissings- en controlebevoegden hiervan) geen rechterlijke veroordeling uitgesproken inzake:
  - Deelneming aan een criminele organisatie
  - Omkoping
  - Fraude
  - Witwassen van geld
  - Terroristische misdrijven of strafbare feiten in verband met terroristische activiteiten
  - Kinderarbeid en andere vormen van mensenhandel
- De zorgaanbieder heeft in de uitoefening van het beroep geen ernstige fout begaan waardoor de integriteit in twijfel getrokken kan worden.
- De zorgaanbieder heeft geen overeenkomst(en) met andere ondernemers die gericht zijn op vervalsing van de mededinging.
- De zorgaanbieder is in staat om benodigde informatie te verstrekken voor de controle op het voldoen aan de minimeisen, in elk geval van de afgelopen 3 jaar.

### Aanvullende minimumeisen voor een zorgovereenkomst ELV

Om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst ELV gelden er aanvullende minimumeisen.

#### Aanvullende minimumeisen laag complex (LC) en hoog complex (HC) binnen ELV

Om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst ELV met de *prestaties laag en hoog complex* gelden de volgende aanvullende minimumeisen:

- De zorgaanbieder verklaart dat het verblijf voldoet aan de bouwkundige eisen die aan verblijf gesteld worden, zoals:
  - De beschikbaarheid van een behandelruimte
  - Een kamer met badkamer die geschikt is voor de doelgroep
  - Een hoog-laag bed met anti-decubitus matras, kledingkast, nachtkastje, tafel en stoel
  - Een kamer voorzien van aansluiting van internet, tv en telefoon
  - Een oproep-/alarminstallatie
- De zorgaanbieder garandeert 24 uur per dag, 7 dagen in de week beschikbaarheid van geneeskundige en verpleegkundige zorg.
- De zorgaanbieder garandeert de beschikbaarheid van medische zorg bij spoed, volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen. Hierbij gelden de volgende voorwaarden:
  - De aanrijtijd van een medisch verantwoordelijke is maximaal 30 minuten.
  - Binnen 30 seconden is er reactie via telefoon, ICT of beeldbellen.
  - Uitgangspunt is dat de best mogelijk zorg altijd geleverd moet worden. Dit kan betekenen dat:
    - De aanwezige verpleegkundige een opdracht krijgt.
    - Zo nodig een ambulance gebeld wordt via 112.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij de regionale coördinatiefunctie (RCF).

- De zorgaanbieder heeft een inspanningsverplichting om regionaal met andere aanbieders wachttijden inzichtelijk te maken.
- De zorgaanbieder maakt schriftelijk regionale afspraken (binnen de regio waar hij actief is) met huisartsen, ziekenhuizen, VVT-instellingen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners. De schriftelijke afspraken gaan over:
  - In- en uitstroom
  - Regionale triage voor tijdelijke opname
  - Toegang tot tijdelijke bedden buiten kantooruren en in het weekend
- De zorgaanbieder stemt zorgpaden en protocollen af met eerste- en tweede lijn.
- De zorgaanbieder maakt bij opname en ontslag afspraken - in ieder geval met de eigen huisarts - over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen ziekenhuis en ELV.
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat een patiënt binnen 24 uur opgenomen kan worden.
- De zorgaanbieder zet op tijd de nodige stappen voor passende vervolgzorg of benodigde voorzieningen voor terugkeer naar huis.

#### Aanvullende minimumeisen palliatief terminale zorg (PTZ) binnen ELV

Om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst ELV met de *prestatie palliatief terminale zorg* gelden de volgende minimumeisen:

- De zorgaanbieder verklaart dat het verblijf voldoet aan de bouwkundige eisen die aan verblijf gesteld worden, zoals:
  - Een éénpersoonskamer met badkamer die geschikt is voor de doelgroep
  - Een hoog-laag bed met anti-decubitus matras, kledingkast, nachtkastje, tafel en stoel
  - Een kamer voorzien van aansluiting van internet, tv en telefoon
  - Een oproep-/alarminstallatie

- De zorgaanbieder garandeert 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaarheid van verpleegkundigen met niveau 4 of 6. Zij zijn daarbij bevoegd en bekwaam om PTZ te bieden. Deze zorg is beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen in [Profiel Palliatieve Zorg Verpleegkundige](#).
- De zorgaanbieder garandeert dat de eerstverantwoordelijke verpleegkundige een verpleegkundige is met minimaal niveau 4. Deze verpleegkundige is daarmee ook het eerste aanspreekpunt voor de cliënt.
- De zorgaanbieder garandeert de beschikbaarheid van medische zorg bij spoed, volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen. Hierbij gelden de volgende voorwaarden:
  - De aanrijtijd van een medisch verantwoordelijke is maximaal 30 minuten.
  - Binnen 30 seconden is er reactie via telefoon, ICT of beeldbellen.
  - Uitgangspunt is dat de best mogelijke zorg altijd geleverd moet worden. Dit kan betekenen dat:
    - De aanwezige verpleegkundige een opdracht krijgt.
    - Zo nodig een ambulance gebeld wordt via 112.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij de regionale coördinatiefunctie (RCF).
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ).
- De zorgaanbieder werkt volgens de erkende protocollen en richtlijnen, zoals omschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, Zorgpad Stervensfase, Lokale Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Palliatieve Zorg, Pallialine.
- De zorgaanbieder werkt samen met VPTZ-vrijwilligers (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg) en zet deze - wanneer mogelijk - in.
- De zorgaanbieder heeft een inspanningsverplichting om regionaal met andere zorgaanbieders wachttijden inzichtelijk te maken.
- De zorgaanbieder maakt schriftelijk regionale afspraken (binnen de regio waar hij actief is) met huisartsen, ziekenhuizen, VVT-instellingen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners. De schriftelijke afspraken gaan over:
  - Instroom
  - Regionale triage voor opname
  - Toegang tot tijdelijke bedden buiten kantooruren en in het weekend
- De zorgaanbieder stemt zorgpaden en protocollen af met eerste- en tweede lijn.
- De zorgaanbieder maakt bij opname afspraken - in ieder geval met de eigen huisarts - over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen ziekenhuis en het ELV.
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat een patiënt binnen 24 uur opgenomen kan worden. Dit gebeurt wanneer:
  - Er een bed beschikbaar is, en
  - Er een indicatie voor PTZ is gesteld door de regiebehandelaar, en
  - Een (waarnemend) huisarts beschikbaar is voor medische zorg.



### **Aanvullende minimumeisen voor cliënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov binnen ELV**

Om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst ELV met de *prestatie cliënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov* gelden de volgende minimumeisen:

- De zorgaanbieder is aangesloten bij het Korsakov Kenniscentrum.
- De zorgaanbieder is aangewezen als expertisecentrum (Doelgroep Expertise Centrum of Regionaal Expertise Centrum).
- De zorgaanbieder is door het Zorgkantoor gecontracteerd.
- De zorgaanbieder garandeert dat behandeling plaatsvindt aan de hand van een gespecialiseerd zorgpad en door een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam. Dit kernteam bestaat 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.
- De 2 grootste verzekeraars in de zorgkantoorregio stemmen locatie af of wijzen de zorgaanbieder aan.
- De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met bekwaam personeel om expertise te borgen.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij een regionale coördinatiefunctie (RCF) en het specifieke zorgaanbod is hier bekend.
- De zorgaanbieder spant zich in om de nodige stappen voor passende vervolgzorg of benodigde voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten.

### **Aanvullende minimumeisen voor cliënten op een gesloten herstel- en screeningsafdeling binnen ELV**

Om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst ELV met de *prestatie cliënten op een gesloten herstel- en screeningsafdeling* gelden de volgende minimumeisen:

- Het zorgaanbod wordt in de regio geclusterd aangeboden met als uitgangspunt één per regionale coördinatiefunctieregio.
- Het zorgaanbod wordt in een gesloten setting aangeboden.
- De zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die ook door het Zorgkantoor is gecontracteerd voor de opvang van Wlz V&V-crisiszorg.
- De zorgaanbieder zorgt dat alle verwijzers bekend zijn met de locatie voor het gesloten herstel.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij de regionale coördinatiefunctie (RCF) en het specifieke zorgaanbod is hier bekend.
- De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden ELV gesloten herstel met voldoende en bekwaam personeel om expertise te borgen.
- De zorgaanbieder spant zich in om de nodige stappen voor passende vervolgzorg of benodigde voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten.
- De zorgaanbieder handelt volgens de Wet zorg en dwang (Wzd).

### Aanvullende minimumeisen opname in avond-, nacht-, en weekenduren (ANW-uren)

Om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst ELV met de *toeslag opname in avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren)* gelden de volgende minimumeisen:

- Het regionaal clusteren van ELV spoedaanmeldingen is bij de aangewezen zorgaanbieder aantoonbaar vastgelegd in het ROAZ-plan of besluitenlijst van het ROAZ-overleg. Daarbij zijn werkafspraken vastgelegd met de regionale coördinatiefunctie (RCF) en verwijzers.
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de regionale clustering aansluit bij de doorontwikkeling van het werkgebied van de regionale coördinatiefunctie (RCF).
- De zorgaanbieder kan op de locatie waar acute opnames plaatsvinden ook reguliere GRZ en ELV hoog complexe zorg bieden. Hiermee worden verplaatsingen van de cliënt - zoveel als mogelijk - voorkomen.
- De zorgaanbieder kan alle ELV- en GRZ-cliënten 24 uur per dag, 7 dagen per week opnemen, waar deze toeslag specifiek is bestemd voor de opnames tussen 20.00 en 08.00 uur en in het weekend.
- Patiënten kunnen vanuit huis, de huisartsenpost en de SEH (spoedeisende hulp) via de regionale coördinatiefunctie (RCF) aangemeld worden voor een acute opname.

### Aanvullende minimumeisen voor een zorgovereenkomst GRZ

Om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst GRZ gelden de volgende aanvullende minimumeisen:

- De zorgaanbieder beschikt over een geldig erkend keurmerk voor haar kwaliteitssysteem.
- De zorgaanbieder garandeert 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaarheid van verpleegkundigen met niveau 4 of 6.
- De zorgaanbieder heeft een specialist ouderengeneeskunde (SO) in dienst,

bij voorkeur aangevuld met de kaderopleiding geriatrische revalidatie.

- De zorgaanbieder biedt tenminste 5 dagen per week therapeutische interventie.
- De zorgaanbieder beschikt over een opleidingsplan voor verpleegkundigen/ verzorgenden, waaruit blijkt dat deze doelgroep beschikt over voldoende competenties om kwetsbare ouderen in het geriatrische revalidatietraject van adequate zorg te voorzien.
- De zorgaanbieder beschikt over een opleidingsplan voor paramedici, waaruit blijkt dat deze doelgroep beschikt over voldoende competenties om de kwetsbare ouderen in het geriatrische revalidatietraject van adequate zorg te voorzien.
- De zorgaanbieder beschikt over een uitgewerkt zorgpad per doelgroep aan wie hij geriatrische revalidatiezorg wil verlenen.
- De zorgaanbieder implementeert landelijk vastgestelde zorgpaden binnen 3 maanden na vaststellen van een dergelijk zorgpad.
- De zorgaanbieder beschikt over een centrale (en gespecialiseerde) locatie (per doelgroep) voor geriatrische revalidatiezorg.
- De zorgaanbieder beschikt tenminste over 20 bedden op 1 locatie, bedoeld voor GRZ voor alle zorgverzekeraars.
- De zorgaanbieder volgt in zijn opnamebeleid het triageprotocol.
- De zorgaanbieder neemt deel aan de lokale CVA-keten (in het geval van CVA).
- De zorgaanbieder maakt schriftelijk regionale afspraken (binnen de regio waar hij actief is) met huisartsen, ziekenhuizen, VVT-instellingen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners. De schriftelijke afspraken gaan over:
  - In- en uitstroom
  - Regionale triage voor tijdelijke opname
  - Toegang tot tijdelijke bedden buiten kantooruren en in het weekend
- Er is altijd een geriatrisch assessment uitgevoerd voordat GRZ start.

## Aanvullende minimumeisen voor een zorgovereenkomst GZSP

De aanvullende minimumeisen voor een zorgovereenkomst GZSP zijn verdeeld in **generieke minimumeisen**, die voor alle GZSP-prestaties gelden en **specifieke minimumeisen**, die alleen voor de betreffende prestaties gelden.

### Generieke minimumeisen

Om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst GZSP gelden de volgende generieke minimumeisen:

- De GZSP-prestaties worden geleverd door medewerkers die verbonden zijn aan - en betaald worden door - een instelling die ook verblijf levert en Wlz (Wet landurige zorg) gefinancierd wordt. Voldoet de zorgaanbieder hier niet aan? Dan moet de zorgaanbieder voldoen aan onderstaande 3 punten:
  1. De zorgaanbieder moet een regionale samenwerkingsovereenkomst hebben met zorgaanbieders die wel aan bovenstaande voldoen. Of ze moeten aantoonbaar kunnen maken hierover met deze zorgaanbieders in gesprek te zijn.
  2. De zorgaanbieder moet deze samenwerkingsovereenkomst voorleggen aan ons ter beoordeling en goedkeuring.
  3. Elke 3 jaar wordt de samenwerkingsovereenkomst geëvalueerd en geüpdatet.
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan verbetering van de kwaliteit via de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus. Dit wordt geborgd door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit).
- De zorgaanbieder borgt de samenwerking in de regio waar hij actief is, met onder andere huisartsen, VVT-instellingen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners.
- De zorgaanbieder voldoet aan de 'Uitgangspunten GZSP individuele prestaties' en de 'Uitgangspunten GZSP zorg in een groep', zoals opgesteld door ZN ([Kortdurende zorg - Zorgverzekeraars Nederland \(zn.nl\)](https://www.zn.nl)).

### Minimumeisen voor zorgaanbieders die zorg bieden door een specialist ouderengeneeskunde (SO)

Om in aanmerking te komen voor de *specifieke bepaling zorgverlening specialist ouderengeneeskunde (SO)* gelden de volgende minimumeisen:

- De zorgaanbieder heeft een SO in dienst.
- Elke SO beschikt in 2026 over een persoonlijke AGB-code.
- Wanneer er sprake is van taakherschikking naar de verpleegkundig specialist (VS) of de physician assistant (PA), dan hanteert de zorgaanbieder het standpunt van Verenso ([Taakherschikking - Verenso](#)).
- In geval van taakherschikking declareert de verpleegkundig specialist (VS) of de physician assistant (PA) op zijn/haar persoonlijke AGB-code.
- In geval van het afnemen van een geriatrisch assessment gelden de volgende minimumeisen:
  - Dit mag niet herschikt worden naar de verpleegkundig specialist (VS) of physician assistant (PA).
  - Een verwijzing door de huisarts of medisch specialist is noodzakelijk.
- De zorgaanbieder volgt de uitgangspunten zoals beschreven in [Uitgangspunten GZSP individuele prestaties 2026](#).

### **Minimumeisen voor zorgaanbieders die zorg bieden door een arts verstandelijk gehandicapten (arts VG)**

Om in aanmerking te komen voor de *specifieke bepaling zorgverlening arts VG* gelden de volgende minimumeisen:

- De zorgaanbieder heeft een arts VG in dienst.
- Elke arts VG beschikt in 2026 over een persoonlijke AGB-code.
- De zorgaanbieder volgt de uitgangspunten zoals beschreven in [Uitgangspunten GZSP individuele prestaties 2026](#).

### **Minimumeisen voor zorgaanbieders die zorg bieden van een gedragswetenschapper (GWS)**

Om in aanmerking te komen voor de *specifieke bepaling zorgverlening GWS* gelden de volgende minimumeisen:

- De zorgaanbieder heeft een SO en/of een arts VG in dienst.
- De zorgaanbieder heeft een BIG-geregistreerde gedragswetenschapper in dienst.
- Elke BIG-geregistreerde gedragswetenschapper beschikt in 2026 over een persoonlijke AGB-code.
- De zorgaanbieder volgt de uitgangspunten zoals beschreven in [Uitgangspunten GZSP individuele prestaties 2026](#).

### **Minimumeisen voor zorgaanbieders die zorg leveren in een groep aan kwetsbare patiënten en aan patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel.**

Om in aanmerking te komen voor de *specifieke bepaling zorgverlening Zorg in een groep aan lichamelijk gehandicapten en mensen met niet aangeboren hersenletsel* gelden de volgende minimumeisen:

- De zorgaanbieder heeft een SO en/of een arts VG in dienst.

- Er is sprake van een multidisciplinaire behandeling. Dit blijkt uit een actueel multidisciplinair behandelplan dat minimaal 1 keer per 6 maanden in een multidisciplinair overleg (MDO) wordt besproken.
- De zorg in een groep is gericht op multidisciplinaire behandeling in een behandelklimaat.
- Het behandelplan - oftewel de beschrijving en motivatie van de in te zetten behandelingen - voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep.
- De activiteiten - waaronder begeleiding - ondersteunen de behandeldoelen, zoals deze beschreven zijn in [Uitgangspunten GZSP zorg in een groep](#).

### **Minimumeisen voor zorgaanbieders die zorg leveren in een groep voor mensen met de ziekte van Huntington**

Om in aanmerking te komen voor de *specifieke bepaling zorgverlening Huntington* gelden de volgende minimumeisen:

- De zorgaanbieder heeft een SO en/of een arts VG in dienst.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het Huntington Netwerk Nederland.
- De regiebehandelaar beschikt over een aanvullende opleiding, zoals benoemd door Verenso.
- Er is sprake van een multidisciplinaire behandeling. Dit blijkt uit een actueel multidisciplinair behandelplan dat minimaal 1 keer per 6 maanden in een multidisciplinair overleg (MDO) wordt besproken.
- De zorg in een groep is gericht op multidisciplinaire behandeling in een behandelklimaat.
- De activiteiten - waaronder begeleiding - ondersteunen de behandeldoelen, zoals deze beschreven zijn in [Uitgangspunten GZSP zorg in een groep](#).

### Minimumeisen voor zorgaanbieders die zorg leveren aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (SGLVG)

Om in aanmerking te komen voor de *specifieke bepaling zorgverlening SGLVG* gelden de volgende minimumeisen:

- Er is sprake van een multidisciplinaire behandeling. Dit blijkt uit een actueel multidisciplinair behandelplan dat minimaal 1 keer per 6 maanden in een multidisciplinair overleg (MDO) wordt besproken.
- De zorgaanbieder heeft een verslavingsarts, psychiater, SO en/of een arts VG in dienst.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het expertisecentrum De Borg.

### Minimumeisen voor zorgaanbieders die zorg leveren aan kwetsbare patiënten in een zorgtraject

Om in aanmerking te komen voor de *specifieke bepaling zorgverlening startfase (de eerste 3 maanden) en vervolgfase (per maand) van zorgtrajecten voor kwetsbare patiënten* gelden de minimumeisen:

- De zorgaanbieder heeft een SO in dienst.
- De zorgaanbieder werkt aantoonbaar aan samenwerkingsafspraken op basis van stepped-care met de huisartsenpraktijken in de regio.
- Er is sprake van een multidisciplinaire behandeling. Dit blijkt uit een actueel multidisciplinair behandelplan dat minimaal 1 keer per 2 maanden in een multidisciplinair overleg (MDO) wordt besproken.
- De zorgaanbieder heeft in 2024 deelgenomen aan een MESO-pilot en heeft in het verlengde hiervan voor 2025 een contractuele afspraak met ons rondom de prestatie 'Zorgtraject kwetsbare patiënten'.

### Aanvullende minimumeisen voor nieuwe aanbieders ELV, GRZ en/of GZSP

Om als **nieuwe aanbieder** in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst ELV, zorgovereenkomst GRZ en/of zorgovereenkomst GZSP, geldt er een **aanvulling op de generieke minimumeisen**. Het gaat om de volgende aanvullende minimumeisen:

- Nieuwe zorgaanbieders kunnen aantonen dat zij financieel gezond zijn. Hierbij wordt op basis van de meest recente jaarrekening gekeken naar solvabiliteit (eigen vermogen/totaal vermogen), current ratio (vlottende activa/kortlopende schulden) en het nettoresultaat. Er is sprake van voldoende financiële gezondheid bij:
  - Een solvabiliteit hoger of gelijk aan 15,0%, én
  - Een current ratio hoger of gelijk aan 1,0%, én
  - Een gerealiseerd positief nettoresultaat.
- Er vindt geen oneigenlijk gebruik van zorggelden plaats.
- De zorgaanbieder deponeert steeds tijdig de jaarrekening.
- De zorgaanbieder heeft een goedgekeurde accountantsverklaring.
- De zorgaanbieder toont een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG-RP).
- De zorgaanbieder toont een ondertekende bestuursverklaring.



# Wilt u meer weten?

Bekijk onze visie op ELV, GRZ en GZSP op onze [website](#).



COÖPERATIE VGZ

Voorop in gezondheid en zorg.  
Voor iedereen.