

Inkoopbeleid

Eerstelijnsverblijf (ELV),
Geriatrische revalidatiezorg
(GRZ) en Geneeskundige zorg
voor specifieke patiëntgroepen
(GZSP) 2027



COÖPERATIE VGZ

Voorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.

Inhoud

Samen werken aan toekomstbestendige zorg	3
Onze visie op ELV, GRZ en GZSP	5
Duurzaamheid	6
ELV, GRZ en GZSP & Coöperatie VGZ	7
Voor wie is dit inkoopbeleid bedoeld?	7
Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van vorig jaar	7
Mijn Omgeving voor Zorgaanbieders	9
Procedure zorginkoop	10
Onze minimumeisen voor zorgaanbieders	10
Zo kopen wij zorg in	10
Eerstelijnsverblijf	11
Geriatrische revalidatiezorg	15
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	19
Zo kopen wij zorg in bij nieuwe zorgaanbieders	20
Onze zorgplicht	21
Aanvullende zorginkoop	21
Planning zorginkoop	23
Belangrijke acties en deadlines	23
Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod	26
Onze bereikbaarheid tijdens zorginkoop	26
Voorwaarden en naleving	27
Algemene voorwaarden zorginkoop	27
Wijzigingen/aanvullingen op ons inkoopbeleid	27
Algemeen controleplan	27
Geen aanbesteding	27
Bijlagen	28
1. Overzicht alle wijzigingen ten opzichte van vorig jaar	29
2. Onze minimumeisen voor zorgaanbieders	31



Samen werken aan toekomstbestendige zorg

Zorg van goede kwaliteit, dicht bij mensen, en betaalbaar voor iedereen – dat is en blijft onze opdracht. Tegelijk zien we allemaal dat de rek uit het systeem is. Er komen meer ouderen bij, veel mensen hebben meerdere aandoeningen tegelijk en er zijn te weinig zorgprofessionals. Dit is de maatschappelijke opgave: we móéten samen – zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en overheid – de zorg anders organiseren om de zorg toekomstbestendig te houden. In bestuurlijke akkoorden als het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) hebben we daar met elkaar afspraken over gemaakt. Deze zorginkoopplannen voor 2027 laten zien hoe wij daar als Coöperatie VGZ concreet invulling aan geven.



Onze verandervisie is eenvoudig samen te vatten: minder zorg waar het kan, passende zorg als zorg nodig is. Dat betekent dat we onnodige zorg voorkomen en dat mensen de juiste zorg krijgen, op het juiste moment, op de juiste plek. We stimuleren drie bewegingen:

- ✓ Meer zelf, meer thuis, met een sterke sociale basis: onze leden krijgen zoveel mogelijk steun in hun eigen omgeving – van familie en vrienden, van het sociaal domein en via digitale/hybride zorg. Zo voorkomen we zorg, of lossen we vragen op buiten de zorg. En ontstaat ruimte voor mensen die zorg echt nodig hebben.
- ✓ Een sterke, samenhangende eerstelijns: huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten en andere eerstelijns zorgverleners werken intensiever samen, ook met het sociaal domein en medisch specialisten. Zo kunnen we meer problemen goed oplossen in de eerste lijn.
- ✓ Specialistische zorg slimmer organiseren: laag- en middencomplexe zorg richten we efficiënter en digitaler in, en hoogcomplexe zorg concentreren we op minder plekken, zodat schaarse expertise en professionals optimaal worden benut.

Als coöperatie willen we hierin vooroplopen. In onze kernregio's zetten we extra in op het versnellen van deze beweging. We investeren in initiatieven die helpen om zorg te verplaatsen van 'meer en zwaarder' naar 'passender en lichter': meer ondersteuning in de wijk, betere samenwerking in de keten, digitale zorg waar dat kan, en betere uitwisseling van gegevens zodat de juiste informatie op het juiste moment beschikbaar is. Tegelijk betekent dit dat we samen ook keuzes moeten durven maken: stoppen met zorg die weinig toevoegt, en tijd en middelen vrijmaken voor mensen die zorg echt nodig hebben.

Vanaf 1 januari 2027 hebben we een strategische samenwerking met ONVZ. Daarmee worden we verantwoordelijk voor passende zorg voor een nog grotere groep verzekerden. Dat biedt ons en onze partners meer mogelijkheden om goede voorbeelden op te schalen, innovaties sneller in te zetten en regionaal meer samenhang en slagkracht te organiseren.

Dit alles kunnen we alleen in nauwe samenwerking met u: huisartsen, apothekers, medisch specialisten, verpleegkundigen, zorgverleners in de GGZ, wijkverpleging, paramedie, hulpmiddelenzorg en vele anderen. We blijven daarom zoeken naar langdurige afspraken, heldere doelen en gezamenlijke resultaten. Zo bouwen we stap voor stap aan zorg die toegankelijk, betaalbaar en duurzaam blijft – voor onze leden van nu én voor de generaties na ons.

Cas Ceulen,
Chief Health Officer Coöperatie VGZ

Strategische samenwerking met ONVZ

We zijn een [strategische samenwerking aangegaan met ONVZ](#). Op deze manier willen we onze impact als aanjager van toekomstbestendige zorg verhogen en onze slagkracht vergroten op het gebied van zorginkoop en operationele uitvoering van verzekeringen.

De strategische samenwerking betekent dat VGZ voor verzekerden die op 31 december 2026 bij ONVZ verzekerd zijn, met ingang van 1 januari 2027 de risicodragers is met behoud van het merk ONVZ. VGZ voert de zorgverzekeringen uit en daarom kopen wij ook voor deze verzekerden zorg in.

Inkoopbeleid 2027 bevat belangrijke informatie voor zorgaanbieders

De wijze waarop wij zorg inkopen verschilt op sommige punten van de manier waarop ONVZ dit deed. Voor zorgaanbieders is het daarom extra belangrijk om ons zorginkoopbeleid 2027 goed te lezen. In ons inkoopbeleid is onder andere informatie opgenomen over de inkoopmethodiek, de minimumeisen en de planning die we hanteren bij het inkopen van zorg.

Veel zorgaanbieders zijn al bekend met onze werkwijze, omdat zij al een overeenkomst met ons hebben. Zorgaanbieders die in 2026 geen overeenkomst met ons hebben, beschouwen we als een nieuwe zorgaanbieder. De procedure voor het aanvragen van een overeenkomst door nieuwe zorgaanbieders staat beschreven in het hoofdstuk [Zo kopen wij zorg in bij nieuwe zorgaanbieders](#) van ons inkoopbeleid. We kijken ernaar uit om samen te gaan werken aan toekomstbestendige, toegankelijke en betaalbare zorg.

Onze visie op ELV, GRZ en GZSP

Het eerstelijnsverblijf (ELV), de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) zijn onmisbare schakels in de zorgketen. Het helpt mensen om langer thuis te kunnen blijven wonen. Binnen deze zorgsoorten ondersteunen we een beweging naar passende zorg op de juiste plek: digitaal en thuis waar mogelijk en in een ELV- of GRZ-setting wanneer nodig. Daarbij staat het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten centraal, met actieve betrokkenheid van het netwerk, inzet van hulpmiddelen en zorgtechnologie. Om de groeiende zorgvraag en personeelskrapte het hoofd te bieden, stimuleren we dat de beschikbare capaciteit van zorgprofessionals effectief wordt ingezet. Tot slot moedigen we zorgaanbieders aan om intensief met elkaar samen te werken. Zo houden we de zorg samen toegankelijk, kwalitatief goed en toekomstbestendig.

Bekijk onze hoofdpunten op de website

[Onze visie op ELV >](#)

[Onze visie op GRZ >](#)

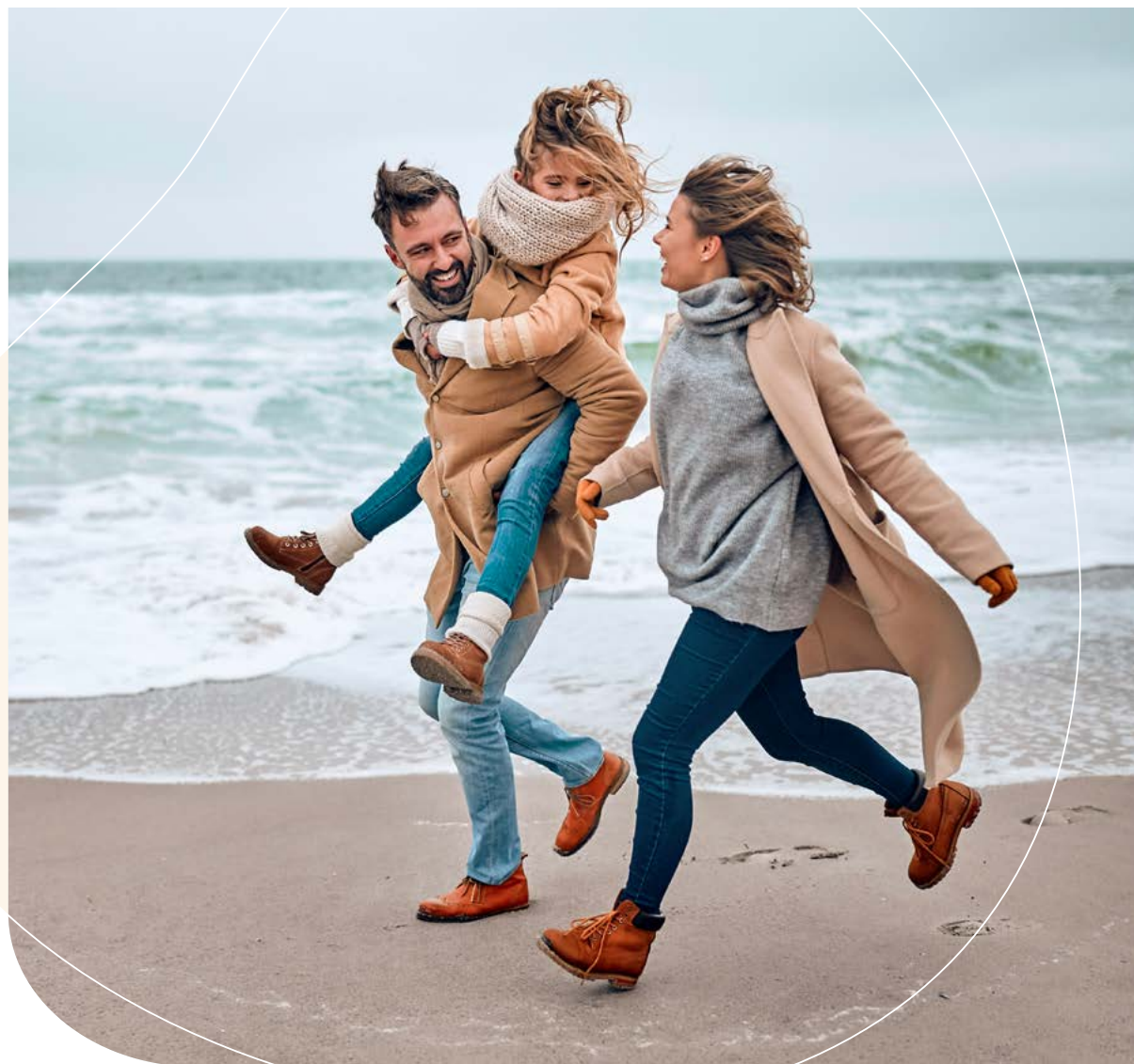
[Onze visie op GZSP >](#)



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 CO₂-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 & Coöperatie 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 wijzigingen staan hier op een rij. Een overzicht met alle wijzigingen ten opzichte van vorig jaar vindt u in de bijlage [Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar](#).

Mogelijk aanvullend beleid door het experiment revalidatie- en herstelzorg

In 2027 start hoogstwaarschijnlijk een belangrijk experiment met betrekking tot de bekostiging van revalidatie- en herstelzorg. De belangrijkste aanleiding voor dit experiment waren de signalen vanuit de beroeps- en branchepartijen dat de huidige prestatiestructuur niet goed aansluit bij de zorglevering. Samen met onder andere de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nemen we met alle zorgverzekeraars deel aan dit experiment.

Op het moment dat wij dit inkoopbeleid publiceren, is het experiment nog niet gestart. Zodra er besluiten zijn genomen over de geldende regelgeving voor dit experiment dan volgen wij die. Als het nodig is, publiceren we aanvullend beleid en geven we zorgaanbieders transparant uitleg over wat er wijzigt.

Een overeenkomst met een integraal zorgkostenplafond voor zorgaanbieders die zowel ELV als GRZ leveren

Zorgaanbieders die zowel ELV als GRZ leveren, ontvangen van ons met ingang van 1 januari 2027 een overeenkomst met een integraal zorgkostenplafond. Door een integraal zorgkostenplafond aan te bieden, kunnen zorgaanbieders de geleverde ELV en GRZ voor 100% uitwisselen. In 2026 was dit maximaal 25% uitwisselbaar. Hiermee vervalt ook het onderscheid tussen het zorgkostenplafond en het cliëntvolgend deel in de afspraak voor ELV in 2027. Meer informatie over het integraal zorgkostenplafond, de tarieven en aanvullende afspraken wordt toegelicht in het contractaanbod dat zorgaanbieders van ons ontvangen.

Palliatief Terminale Zorg (PTZ) maakt geen onderdeel meer uit van het zorgkostenplafond

Wij vinden het erg belangrijk dat onze afspraken met zorgaanbieders geen belemmeringen opleveren voor het leveren van PTZ aan onze verzekerden. Om die reden is PTZ per 1 januari 2027 geen onderdeel meer van het afgesproken zorgkostenplafond. In de afspraken die wij met zorgaanbieders maken, nemen we wel een prognose op van de mate waarin PTZ mogelijk geleverd moet worden. Op het moment dat de daadwerkelijk geleverde PTZ significant afwijkt van de prognose bespreken we dit met de desbetreffende zorgaanbieder. Op deze manier dragen we met elkaar bij aan toegankelijke en passende zorg, ook in de laatste levensfase van mensen.

De ELV-toeslag voor opname in avond-, nacht- en weekenduren (ANW) komt te vervallen

Door een landelijk besluit van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) komt per 1 januari 2027 de ELV-toeslag voor opname in de ANW te vervallen. We maken dus geen aparte afspraken meer met zorgaanbieders over deze toeslag.

Introductie van 2-jarige overeenkomsten voor GZSP

Met ingang van 1 januari 2027 bieden wij een 2-jarige overeenkomst GZSP aan, met een looptijd tot 31 december 2028. We geven hiermee invulling aan de landelijke wensen en afspraken uit onder andere het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Voor zorgaanbieders die GZSP leveren, betekent dit meer zekerheid en stabiliteit in het maken van langdurige afspraken.

Nieuwe minimumeisen voor het inkopen van het Zorgtraject Kwetsbare Patiënten

Met ingang van 1 januari 2027 kopen wij het Zorgtraject Kwetsbare Patiënten in bij zorgaanbieders die voldoen aan de minimumeisen en uitgangspunten die zijn vastgesteld door [Zorgverzekeraars Nederland \(ZN\)](#). Voorheen kochten we deze zorgtrajecten in bij zorgaanbieders die in het verleden hadden deelgenomen aan de MESO-pilot.

Gewijzigde planning voor het aanvragen, aanbieden en de ingangsdatum van een overeenkomst ELV, GRZ en/of GZSP voor nieuwe zorgaanbieders

Met ingang van 1 januari 2027 wijzigt de planning voor het aanvragen, aanbieden en de ingangsdatum van een overeenkomst voor nieuwe zorgaanbieders. Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders met wie we in 2026 nog geen overeenkomst ELV, overeenkomst GRZ, overeenkomst GZSP

en/of overeenkomst Wijkverpleging hebben. Lees meer in het hoofdstuk [Planning zorginkoop](#).

Gewijzigde minimumeisen voor een overeenkomst ELV, GRZ en GZSP

De minimumeisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst ELV, GRZ en/of GZSP zijn gewijzigd. De minimumeisen zijn waar dat mogelijk is in lijn gebracht met de minimumeisen die wij hanteren om in aanmerking te komen voor een overeenkomst Wijkverpleging.

Ook vervalt de minimumeis om een ondertekende bestuursverklaring te tonen. De informatie in deze verklaring staat namelijk al vermeld in ons inkoopbeleid, algemene voorwaarden en de overeenkomsten.



Mijn Omgeving voor Zorgaanbieders

Een digitale, persoonlijke omgeving waar zorgaanbieders administratieve zaken snel, efficiënt en veilig met ons regelen

Zorgaanbieders regelen steeds vaker online zaken met ons via onze [website](#). Stapsgewijs verplaatsen we formulieren en andere functionaliteiten op onze website naar een digitale, persoonlijke en beveiligde omgeving: de Mijn Omgeving voor Zorgaanbieders, oftewel MOZA. Hier vinden zorgaanbieders persoonlijke informatie en kunnen we medische en bedrijfsgevoelige informatie nog veiliger met elkaar uitwisselen.

Voordelen van MOZA

MOZA is voor zorgaanbieders van alle zorgsoorten beschikbaar en kan door zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders worden gebruikt.

- **24/7 beschikbaar:** zorgaanbieders kunnen direct de laatste informatie inzien
- **Veilig:** het uitwisselen van (medische) gegevens wordt nog veiliger
- **Online gemak:** zorgaanbieders kunnen (administratieve) zaken snel en eenvoudig regelen
- **Persoonlijk:** gebruikers van MOZA kunnen [verschillende rollen en rechten](#) krijgen, zodat de juiste personen binnen een organisatie toegang hebben tot gegevens en functionaliteiten

Aanmelden voor MOZA

Om toegang te krijgen tot MOZA en gebruik te maken van de functionaliteiten, kunnen zorgaanbieders zich eenvoudig aanmelden.

[Aanmelden voor MOZA >](#)

Doorontwikkeling van functionaliteiten en services

De functionaliteiten van MOZA zijn volop in ontwikkeling. Op dit moment vinden zorgaanbieders in MOZA onder andere:

- ✓ Een **digitaal Postvak IN** met brieven die zorgaanbieders momenteel nog per post van ons ontvangen, zoals financiële specificaties en machtigingsbrieven
- ✓ Een functionaliteit om een **machtiging aan te vragen**, de actuele status van een machtiging te bekijken en aanvullende informatie aan te leveren
- ✓ Via **direct regelen** kunnen zorgaanbieders gemakkelijk documenten bij ons opvragen of andere zaken met ons regelen

De aankomende tijd blijven we MOZA doorontwikkelen en voegen we verschillende nieuwe functionaliteiten en services toe.

Mogelijk aanvullend beleid

Omdat we steeds meer functionaliteiten toevoegen aan MOZA, kan dit invloed hebben op de informatie in ons inkoopbeleid. Als dit het geval is, informeren we zorgaanbieders hierover en publiceren we een wijziging of aanvulling op ons inkoopbeleid.



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. We kopen zorg in volgens een vast proces. De bijbehorende planning met belangrijke acties en deadlines staan in het hoofdstuk [Planning zorginkoop](#).

Overeenkomsten ELV, GRZ en GZSP

Zorgaanbieders die in 2026 al een overeenkomst ELV, GRZ en/of GZSP met ons hebben, ontvangen een uitnodiging om de vragenlijst in het VECOZO Zorginkoopportaal in te vullen. Op basis van de ingevulde vragenlijst beoordelen we of zorgaanbieders voldoen aan onze minimumeisen en of zij in aanmerking komen voor een nieuw contractaanbod voor een overeenkomst ELV en GRZ (1-jarige overeenkomst voor 2027) en/of een overeenkomst GZSP (2-jarige overeenkomst voor 2027-2028).

Nieuwe zorgaanbieders die ELV en GRZ leveren, aan onze minimumeisen voldoen en waarmee we nog geen overeenkomst hebben gesloten, bieden we vanaf 1 januari 2027 een overeenkomst aan met een looptijd van 1 juli 2027 tot en met 31 december 2027.

Nieuwe zorgaanbieders die GZSP leveren, aan onze minimumeisen voldoen en waarmee we nog geen overeenkomst hebben gesloten, bieden we vanaf 1 januari 2027 een overeenkomst aan met een looptijd van 1 juli 2027 tot en met 31 december 2028.

Meer informatie over ons beleid ten aanzien van nieuwe zorgaanbieders is te vinden in het hoofdstuk [Zo kopen wij zorg in bij nieuwe zorgaanbieders](#).

Het is belangrijk dat zorgaanbieders de vragenlijst tijdig invullen, zodat wij het nieuwe contractaanbod ook tijdig kunnen aanbieden. Nadat zorgaanbieders ons contractaanbod hebben ontvangen, geldt er een deadline voor het reageren en accepteren van dit aanbod. Uiteindelijk moet er tijdig overeenstemming bereikt zijn over de overeenkomst, zodat we onze verzekerden via onze [Zorgzoekers](#) kunnen informeren over welke zorgaanbieders een overeenkomst hebben. De planning met belangrijke acties en deadlines staan in het hoofdstuk [Planning zorginkoop](#).

Eerstelijnsverblijf

Het eerstelijnsverblijf (ELV) biedt kortdurende zorg en verblijf aan kwetsbare ouderen die vanwege medische redenen tijdelijk niet zelfstandig thuis kunnen wonen. Binnen het ELV streven we naar passende zorg die gericht is op herstel en terugkeer naar huis. Daarbij hanteren we 3 centrale uitgangspunten: de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP), het versterken van zelfredzaamheid en goede coördinatie van zorg. Deze uitgangspunten dragen bij aan kwaliteit van leven en helpen onnodige ziekenhuisopnames te voorkomen.

Overeenkomst ELV

In de overeenkomst ELV staan de gemaakte afspraken opgenomen over de tarieven, het zorgkostenplafond en eventueel de afspraken rondom de gemiddelde ligduur van cliënten.

Ons aanbod voor een overeenkomst ELV is standaard gebaseerd op 3 elementen, namelijk:

1. De maximumtarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
2. De scores van de zorgaanbieder in onze ELV-benchmark
3. Het regiebehandelaarschap bij de prestaties ELV Hoog Complex (HC) en ELV Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

Meer informatie over het zorgkostenplafond, de tarieven en aanvullende afspraken lichten wij toe in ons aanbod.

ELV-benchmark

In de ELV-benchmark verzamelen we gegevens van geleverde ELV (productie). De benchmark gebruiken we om nuttige inzichten te verkrijgen en om een passend contractaanbod te doen. In de ELV-benchmark kijken we naar de productie van ELV-zorgaanbieders in 2025. Specifiek kijken we alleen naar

de productie van zorgaanbieders die meer dan 15 van onze verzekerden in zorg hebben gehad op de ELV-prestaties Laag Complex (LC: A0001) en Hoog Complex (HC: A0002).

We onderzoeken en vergelijken met behulp van de benchmark:

- Het percentage 'uitstroom naar huis'
- De kosten per consumerende verzekerde die gebruikmaakt van ELV
- De gemiddelde ligduur

Op basis van de benchmark beoordelen we de productie en scores van individuele ELV-zorgaanbieders. De uitkomsten van deze beoordeling delen we met desbetreffende zorgaanbieders, inclusief een passend contractaanbod voor 2027.

De Specialist Ouderengeneeskunde (SO) is regiebehandelaar bij prestaties ELV Hoog Complex (HC) en ELV Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

Vanwege de expertise van de SO binnen de ELV verwachten wij dat de SO regiebehandelaar is bij de prestaties ELV HC en ELV PTZ. Als de huisarts bij deze prestaties regiebehandelaar is, kan dit van invloed zijn op ons tariefaanbod.

Tarief

Tariefaanbod voor prestaties Laag Complex (LC) en Hoog Complex (HC)

Het tariefaanbod voor de prestaties LC en HC baseren we op de maximumtarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en onze ELV-benchmark. De individuele scores van zorgaanbieders op basis van onze ELV-benchmark en de invulling van het regiebehandelaarschap bepalen de exacte hoogte van de procentuele afslag van de NZa-maximumtarieven.

Zorgaanbieders die niet worden meegenomen in de benchmark, omdat zij in 2025 minder dan 15 van onze verzekerden in zorg hebben gehad, ontvangen standaard een vast percentage van de NZa-maximumtarieven.

Tariefaanbod Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

We begrijpen dat PTZ een ingrijpende fase in het leven is, waarbij aandacht, professionele en menselijke zorg centraal staan. Daarom willen we zorgaanbieders op een zo helder en transparant mogelijke manier informeren over ons tariefaanbod voor deze zorgprestatie. PTZ in het ELV wordt geleverd in High Care Hospices en Palliatieve Units. Voor het tarief van de ELV-prestatie PTZ maken we geen gebruik van de benchmark, maar hanteren we een vast tarief. Zo weten zorgaanbieders precies waar ze aan toe zijn.

Per 1 januari 2027 is PTZ ook geen onderdeel meer van het afgesproken zorgkostenplafond. In de afspraken die wij met zorgaanbieders maken, nemen we wel een prognose op van de mate waarin PTZ mogelijk geleverd moet worden. Op het moment dat de daadwerkelijk geleverde PTZ significant afwijkt van de prognose bespreken we dit met de desbetreffende zorgaanbieder. Op deze manier dragen we met elkaar bij aan toegankelijke en passende zorg, ook in de laatste levensfase van mensen.

Zorgkostenplafond

Het zorgkostenplafond voor 2027 wordt gebaseerd op het zorgkostenplafond in 2026.

Als we voor 2027 ook (verbeter-) afspraken hebben gemaakt over de gemiddelde ligduur is ook dat onderdeel van het zorgkostenplafond voor 2027. Mocht het zorgkostenplafond in 2025 en/of 2026 niet bereikt worden, dan kan het zijn dat het zorgkostenplafond voor 2027 naar beneden wordt bijgesteld.

Tot slot wordt het zorgkostenplafond voor 2027 aangepast, omdat PTZ geen onderdeel meer is van het afgesproken zorgkostenplafond. Op onze website staat meer informatie over het [zorgkostenplafond](#).

Zorgkostenplafond monitoren

We verwachten van zorgaanbieders dat zij zelf hun productie en het overeengekomen zorgkostenplafond monitoren. Wanneer het zorgkostenplafond in zicht komt, verwachten we dat zorgaanbieders ons hier tijdig over informeren. Meer informatie hierover is ook te vinden in het hoofdstuk [Aanvullende zorginkoop](#).

Om zorgaanbieders hierbij te helpen, monitoren we 2 keer per jaar de realisatiecijfers en de verhouding hiervan tot het overeengekomen zorgkostenplafond. Wanneer blijkt dat zorgaanbieders meer zorg hebben geleverd of verwachten te leveren, onderzoeken we op basis van de benchmark de scores op onder andere:

1. Het percentage 'uitstroom naar huis'
2. De gemiddelde ligduur

Op basis van deze scores bepalen we of en in welke mate we het zorgkostenplafond verhogen.

Zorgkostenplafond bij zorgaanbieders die zowel ELV als GRZ leveren

Zorgaanbieders die zowel ELV als GRZ leveren, ontvangen van ons met ingang van 1 januari 2027 een overeenkomst met een integraal zorgkostenplafond. Door een integraal zorgkostenplafond aan te bieden, kunnen zorgaanbieders de geleverde ELV en GRZ voor 100% uitwisselen. Met uitwisselen bedoelen we dat de hoger verwachte kosten ten opzichte van het zorgkostenplafond in

de ELV gecompenseerd kunnen worden met de lager uitgevallen kosten ten opzichte van het zorgkostenplafond in de GRZ, en andersom.

Ligduur

Met zorgaanbieders die worden meegenomen in de ELV-benchmark, omdat zij in 2025 meer dan 15 van onze verzekerden in zorg hebben gehad, maken we afspraken over het gemiddelde aantal ligdagen per cliënt. Deze afspraken zijn gebaseerd op eerdere uitkomsten van de ELV-benchmark.

Met zorgaanbieders die niet worden meegenomen in de ELV-benchmark, omdat zij in 2025 minder dan 15 van onze verzekerden in zorg hebben gehad, maken we mogelijk ook afspraken over het aantal gemiddelde ligdagen per cliënt. Deze afspraken zijn gebaseerd op landelijke gemiddelden en gaan bijvoorbeeld over het verbeteren of behouden van het huidige aantal ligdagen.

Voor het maken van afspraken over de ligduur maken we altijd gebruik van de gegevens en scores van de geleverde ELV-prestaties Laag Complex (LC: A0001) en Hoog Complex (HC: A0002). Uiteindelijk worden de gemaakte afspraken over ligduur meegenomen bij het vaststellen van het zorgkostenplafond voor 2027.

ELV voor patiënten met (het vermoeden van) Wernicke-Korsakov

Wij vinden het – samen met de andere zorgverzekeraars – belangrijk om kwalitatieve zorg voor patiënten met (het vermoeden van) Wernicke-Korsakov doelmatig in te kopen bij een select aantal zorgaanbieders. Het is daarbij essentieel dat deze zorgaanbieders de juiste expertise hebben, zich inspanssen om de ligduur passend in te zetten, tijdig de juiste vervolgzorg opstarten en de kwaliteit en doelmatigheid van zorg kunnen waarborgen. Daarom zijn door

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) uniforme inkoopvoorwaarden vastgesteld. Deze minimumeisen zijn opgenomen in de bijlage [Minimumeisen](#).

ELV op een gesloten herstel- en screeningsafdeling

Wij vinden het – samen met de andere zorgverzekeraars – belangrijk om ELV op een gesloten herstel- en screeningsafdeling doelmatig in te kopen bij een select aantal zorgaanbieders. Het is daarbij essentieel dat deze zorgaanbieders de juiste expertise hebben, zich inspinnen om de ligduur passend in te zetten tot maximaal 6 weken, tijdig de juiste vervolgzorg opstarten en de kwaliteit en doelmatigheid van zorg kunnen waarborgen. Daarom zijn door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) uniforme inkoopvoorwaarden vastgesteld. Deze minimumeisen zijn opgenomen in de bijlage [Minimumeisen](#).

Aangezien dit een relatief nieuwe prestatie is binnen het ELV volgen wij eventuele landelijke ontwikkelingen en gaan we graag met zorgaanbieders in gesprek over het passend en doelmatig inzetten van ELV op een gesloten herstel- en screeningsafdeling.

De ELV-toeslag voor opname in avond-, nacht- en weekenduren (ANW) komt te vervallen

Door een landelijk besluit van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) komt per 1 januari 2027 de ELV-toeslag voor opname in de ANW te vervallen. We maken dus geen aparte afspraken meer met zorgaanbieders over deze toeslag.

Experimenten met niet-reguliere prestaties

Over het algemeen gaan we ervan uit dat de huidige bekostiging van reguliere prestaties voldoende ruimte biedt om de kwaliteit en doelmatigheid van ELV te garanderen.

Als zorgaanbieders kansen zien om de kwaliteit en doelmatigheid van ELV nog verder te verbeteren en willen experimenteren met (zorg)activiteiten die niet onder de reguliere prestaties vallen, kunnen zij hiervoor financiering bij ons aanvragen. Financieringsaanvragen beoordelen we altijd op regionaal niveau en daarbij kijken we onder andere naar de mate waarin het experiment:

- Van toegevoegde waarde is voor de regio en/of als probleemstelling of uitdaging vermeld staat in het regiobeeld en regioplan
- Een probleem of uitdaging in de zorgketen oplost en geen oplossingsrichtingen kent op regionaal niveau
- Past bij de afspraken die zorgverzekeraars in ZN-verband hebben gemaakt over de prestatie waarvoor de zorgaanbieder een experiment aanvraagt
- Past binnen de doelstellingen om binnen de ELV extra focus te hebben voor kortdurend verblijf, uitstroom naar huis en waarbij er geen aanspraak is op de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo)

Regionale Ouderenkliniek (voorheen: De wijkkliniek)

De regionale ouderenkliniek (ROK) is een zorgaanbod op het snijvlak van Medisch Specialistische Zorg (MSZ) en generalistische medische zorg voor kwetsbare ouderen. ROK's vormen een belangrijke toevoeging aan het zorgaanbod voor tijdelijk verblijf. Binnen dit zorgaanbod is er extra aandacht voor herstel. Daarnaast is het gericht op het voorkomen van instroom in het ziekenhuis en duurzaam ontslag naar huis.

In 2024 en 2025 hebben wij met een aantal zorgaanbieders afspraken gemaakt om deel te nemen aan een Wijkkliniek-pilot. Vanaf 2027 kopen we dit zorgaanbod breder, maar selectief in op basis van de afgestemde landelijke uitgangspunten van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Meer informatie over de landelijke visie en minimale vereisten voor ROK's is te vinden op de [website van ZN](#).

Tot slot volgen we de landelijke ontwikkelingen rondom de inzet van ROK's uitvoerig en overleggen we hierover met alle andere zorgverzekeraars. Voor het inkopen van dit zorgaanbod sluiten we aan bij eventuele afspraken en uitgangspunten van ZN.

Regionale coördinatiefunctie (RCF) tijdelijk verblijf

We vinden het belangrijk om samen met andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders van tijdelijk verblijf de organisatie van de regionale coördinatiefuncties (RCF's) op structurele wijze door te ontwikkelen. Voor het verder ontwikkelen van RCF'S volgen we de afspraken en het beleid van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Meer informatie over dit beleid en de minimale vereisten is te vinden op de [website van ZN](#)



Geriatrische revalidatiezorg

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

Overeenkomst GRZ

In de overeenkomst GRZ staan de gemaakte afspraken opgenomen over de tarieven en het zorgkostenplafond.

Ons aanbod voor een overeenkomst GRZ is standaard gebaseerd op 2 elementen, namelijk:

1. De maximumtarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
2. De scores van de zorgaanbieder in onze GRZ-benchmark

Meer informatie over het zorgkostenplafond, de tarieven en aanvullende afspraken lichten wij toe in ons aanbod.

Toegankelijkheid van de GRZ

Binnen de GRZ is de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) regiebehandelaar. Toegang tot de GRZ kan plaatsvinden vanuit huis en na een ziekenhuisopname. Een geriatrisch assessment is verplicht om te beoordelen wat voor een cliënt de beste plek is 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. Daarom ondersteunen we zorgaanbieders die deelnemen aan het Experiment revalidatie- en herstellzorg en zorgen we er samen voor dat alleen multidisciplinaire zorgvragen terechtkomen in de GRZ.

Electieve orthopedie

Bij electieve orthopedie is voor een deel van de cliëntgroep mogelijk geen multidisciplinaire aanpak nodig om te revalideren. Monodisciplinaire paramedische zorg biedt dan een passend zorgaanbod. Ook verwachten we dat slechts een zeer klein deel van de cliëntgroep, die binnen de medisch specialistische zorg (MSZ) een electieve heup- of knieoperatie heeft gehad, nog zorg nodig heeft binnen de GRZ.

We verwachten dat GRZ- en MSZ-aanbieders bij een electieve orthopedische ingreep goede ketenafspraken maken en een proactieve zorgplanning opstellen. Zo kunnen cliënten sneller revalideren in de thuissituatie. Hierdoor blijft de electieve orthopedie een beperkt deel van de totale GRZ, inclusief de ambulante GRZ. Wij vinden dit een belangrijke parameter en nemen deze dan ook mee in ons contractaanbod. In onze benchmarkbrief informeren we zorgaanbieders over de actuele percentages en gevolgen voor het contractaanbod.

ELV en GRZ

Wanneer een cliënt niet kan starten met een GRZ-behandeling, omdat de cliënt voor een week of langer niet belastbaar is, dan is ELV voorafgaand aan een GRZ-behandeling toegestaan. Als de zorg elkaar op deze manier opvolgt, kan dit bij ons gedeclareerd worden. Voor het declareren van ELV en GRZ geldt wel de voorwaarde dat de combinatie van de declaratie voor de ELV en de GRZ-DBC samen niet duurder mag zijn dan de DBC voor alleen GRZ.

Ook geldt de uitzondering dat er geen ELV plaatsvindt voorafgaand aan ambulante GRZ. Tot slot is ELV aansluitend op GRZ in geen enkel geval toegestaan.

Als er niet wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden voor het leveren van ELV en GRZ, kunnen wij - afhankelijk van de situatie - (een deel van) het teveel gedeclareerde bedrag terugvorderen.

Tarief en benchmark

Het tariefaanbod dat de zorgaanbieder ontvangt, is afhankelijk van de score in onze GRZ-benchmark. Specifiek kijken we dan naar:

- Het percentage 'uitstroom naar huis'
- Het gemiddelde aantal heropnames binnen 6 weken na ontslag
- De gemiddelde kosten per verzekerde (DBC-prijs als resultaat van behandelingen en ligduur)
- De mate waarin er verbetering zichtbaar is op de Barthel Index tijdens een revalidatietraject (als uitkomstmaat van aangeleerde functies en vaardigheden)
- Het relatieve percentage electieve orthopedie

De scores op bovengenoemde punten vertalen we in een concreet tariefaanbod. Dit tarief is gebaseerd op de maximumtarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor ambulante, korte, middellange en lange DBC's. Een aantal van bovenstaande scores en resultaten baseren we op de door de zorgaanbieder aangeleverde realisatiemonitor over het jaar 2025. Mocht de realisatiemonitor niet of niet tijdig bij ons zijn aangeleverd, dan schatten wij de scores en resultaten zelf in en wordt het tariefaanbod hierop gebaseerd.

Op basis van de benchmark beoordelen we de productie en scores van individuele GRZ-zorgaanbieders. De uitkomsten van deze beoordeling delen we met desbetreffende zorgaanbieders, inclusief een passend contractaanbod voor 2027.

Zorgkostenplafond

Het zorgkostenplafond voor 2027 wordt gebaseerd op het zorgkostenplafond in 2026 en het relatieve percentage electieve orthopedie per zorgaanbieder.

Mocht het zorgkostenplafond in 2025 en/of 2026 niet bereikt worden, dan kan het zijn dat het zorgkostenplafond voor 2027 naar beneden is bijgesteld.

Op onze website staat meer informatie over het [zorgkostenplafond](#).

Zorgkostenplafond monitoren

We verwachten van zorgaanbieders dat zij zelf hun productie en het overeengekomen zorgkostenplafond monitoren. Wanneer het zorgkostenplafond in zicht komt, verwachten we dat zorgaanbieders ons hier tijdig over informeren. Meer informatie hierover is ook te vinden in het hoofdstuk [Aanvullende zorginkoop](#).

Om zorgaanbieders hierbij te helpen, monitoren we 2 keer per jaar de realisatiecijfers en de verhouding hiervan tot het overeengekomen zorgkostenplafond. Wanneer blijkt dat zorgaanbieders meer zorg hebben geleverd of verwachten te leveren, onderzoeken we op basis van de benchmark de scores op onder andere:

1. Het percentage 'uitstroom naar huis'
2. De gemiddelde kosten per verzekerde (DBC-prijs als resultaat van behandeluren en ligduur)
3. Het relatieve percentage electieve orthopedie

Op basis van deze scores bepalen we of en in welke mate we het zorgkostenplafond verhogen.

Zorgkostenplafond bij zorgaanbieders die zowel ELV als GRZ leveren

Zorgaanbieders die zowel ELV als GRZ leveren, ontvangen van ons met ingang van 1 januari 2027 een overeenkomst met een integraal zorgkostenplafond. Door een integraal zorgkostenplafond aan te bieden, kunnen zorgaanbieders de geleverde ELV en GRZ voor 100% uitwisselen. Met uitwisselen bedoelen we dat de hoger verwachte kosten ten opzichte van het zorgkostenplafond in de ELV gecompenseerd kunnen worden met de lager uitgevallen kosten ten opzichte van het zorgkostenplafond in de GRZ, en andersom.



Ambulante GRZ

Tijdens ambulante GRZ revalideren cliënten in hun eigen omgeving. Dit helpt hen vaardigheden te ontwikkelen die zij nodig hebben bij het dagelijks functioneren en het verkleint het risico van ziekenhuisopnames.

Ambulante GRZ kan in 3 vormen geleverd worden (ook gecombineerd mogelijk):

1. Door een fysiek bezoek thuis van een zorgprofessional
2. Via beeldschermzorg
3. Door training op een locatie van de zorgaanbieder

We verwachten dat het aantal cliënten binnen de GRZ stijgt vanwege de demografische ontwikkelingen. Mede daarom vinden we het belangrijk dat de ambulante GRZ de toenemende zorgvraag binnen de klinische GRZ – daar waar dat mogelijk en passend is – opvangt. Onze aanname is dat dit mogelijk is, omdat ambulante GRZ bijdraagt aan het verkorten van de ligduur van cliënten. Hiermee voorkomt het onnodige uitbreiding van het aantal bedden binnen instellingen. Ook sluit het revalidatietraject dan beter aan op de thuissituatie van de cliënt. Tot slot verwachten we dat wanneer een cliënt wordt ontslagen binnen de klinische GRZ en het noodzakelijk is om een ambulant traject op te starten, dit binnen uiterlijk 1 week wordt opgestart.

De komende jaren zal de ambulante GRZ, door het opdoen van ervaring bij zorgaanbieders en passend bij de zorgvraag en doelgroep, zich verder ontwikkelen. Dit gebeurt aan de hand van de juiste afbakening met bestaande zorgsoorten en het ontwikkelen van een sterke verbinding met andere zorgaanbieders binnen de eerstelijnszorg.

Vanaf 1 januari 2026 is het mogelijk direct ambulante GRZ te leveren, zonder dat hier vooraf een klinische opname is geweest. Zorgaanbieders kunnen onder bepaalde voorwaarden directe ambulante GRZ leveren aan cliënten die thuis kunnen en willen revalideren.

Het uitgangspunt hierbij is dat direct ambulante GRZ, zonder opname vooraf, GRZ vervangt die nu (deels) intramuraal plaatsvindt. Hierdoor verschuift de zorg meer naar de ambulante setting. Wanneer een zorgaanbieder binnen de ambulante setting zorg levert of wil leveren aan een nieuwe patiëntgroep, vinden we het belangrijk dat er overleg heeft plaatsgevonden met een zorginkoper. We vinden het bijvoorbeeld belangrijk dat er binnen dit zorgaanbod, daar waar dat passend en mogelijk is, gebruik wordt gemaakt van ondersteunende zorgtechnologie.



Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) betreft zorg aan thuiswonende, kwetsbare mensen met meervoudig complexe problematiek. Het gaat om behandeling van lichamelijke klachten, psychische klachten en/of gedragsproblematiek. Door de juiste inzet van GZSP kunnen cliënten langer thuis blijven wonen en wordt zwaardere zorg uitgesteld of soms zelfs voorkomen. Daarmee levert GZSP een waardevolle bijdrage aan de juiste zorg op de juiste plek.

Overeenkomst GZSP

Met ingang van 1 januari 2027 bieden wij een 2-jarige overeenkomst GZSP aan, met een looptijd tot 31 december 2028. We geven hiermee invulling aan de landelijke wensen en afspraken uit onder andere het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Voor zorgaanbieders die GZSP leveren, betekent dit meer zekerheid en stabiliteit in het maken van langdurige afspraken.

In het geval er tijdens de looptijd van ons inkoopbeleid en onze overeenkomsten landelijke wijzigingen in wet- en regelgeving plaatsvinden, publiceren we aanvullend inkoopbeleid en geven we zorgaanbieders transparant uitleg over wat er wijzigt.

Meer informatie over het zorgkostenplafond, de tarieven en aanvullende afspraken lichten wij toe in ons aanbod.

Tarief

Net als in 2026 hanteren we in 2027 en 2028 een afslag op de maximumtarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Meer informatie over het tarief wordt toegelicht in het contractaanbod dat zorgaanbieders van ons ontvangen.

Zorgkostenplafond

We bieden in 2027 en 2028 een overeenkomst GZSP aan met 1 zorgkostenplafond voor alle GZSP-prestaties. Het zorgkostenplafond voor 2027 wordt gebaseerd op het zorgkostenplafond in 2026 en het zorgkostenplafond voor 2028 baseren we op het zorgkostenplafond in 2027.

Mocht het zorgkostenplafond in 2025 en/of 2026 niet bereikt worden, dan kan het zijn dat het zorgkostenplafond voor 2027 en/of 2028 naar beneden wordt bijgesteld. Meer informatie over het zorgkostenplafond wordt toegelicht in het contractaanbod dat zorgaanbieders van ons ontvangen.

Op onze website staat meer informatie over het [zorgkostenplafond](#).

Zorgkostenplafond monitoren

We verwachten van zorgaanbieders dat zij zelf hun productie en het overeengekomen zorgkostenplafond monitoren. Wanneer het zorgkostenplafond in zicht komt, vragen we zorgaanbieders ons hier tijdig over te informeren. Meer informatie hierover is ook te vinden in het hoofdstuk [Aanvullende zorginkoop](#).

Om zorgaanbieders hierbij te helpen, monitoren we 2 keer per jaar de realisatiecijfers en de verhouding hiervan tot het overeengekomen zorgkostenplafond. Wanneer blijkt dat zorgaanbieders meer zorg hebben geleverd of verwachten te leveren, gaan we in overleg met desbetreffende zorgaanbieder. Op basis van dit overleg bepalen we of en in welke mate we het zorgkostenplafond verhogen.

Taakherschikking

We hebben aandacht voor het zo efficiënt mogelijk inzetten van de beschikbare capaciteit binnen de GZSP. Daarom bieden we de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) de mogelijkheid voor taakherschikking en overleg hierover met een Verpleegkundig Specialist (VS) of de Physician Assistant (PA). Voor de daadwerkelijke uitvoering van een mogelijke taakherschikking sluiten we aan bij de [standpunten van Verenso](#).

Prestaties Wet zorg en dwang (Wzd)

De prestaties uit de Wzd staan beschreven in de geldende beleidsregels Wet zorg en dwang van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Als de zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden die gesteld worden in de beleidsregel en de zorgaanbieder heeft een Specialist Ouderenzorg in dienst, dan geldt voor deze zorgprestaties het maximumtarief van de NZa.

Zo kopen wij zorg in bij nieuwe zorgaanbieders

Onder nieuwe zorgaanbieders verstaan wij zorgaanbieders die nieuw beginnen met het verlenen van zorg of zorgaanbieders met wie we in 2026 nog geen overeenkomst ELV, overeenkomst GRZ, overeenkomst GZSP en/of overeenkomst Wijkverpleging hebben. Voor alle zorgaanbieders binnen een bepaalde zorgsoort gelden dezelfde voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst.

Voor nieuwe zorgaanbieders geldt dat zij moeten voldoen aan de [aanvullende minimumeisen](#) voordat we een overeenkomst aanbieden. Dit doen we, omdat we de kwaliteit en doelmatigheid van ELV, GRZ en/of GZSP belangrijk vinden. In overleg met nieuwe zorgaanbieders maken we mogelijk ook extra afspraken over specifieke onderwerpen.

Nieuwe zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een overeenkomst door een aanvraag in te dienen via een online formulier op onze website. Wij informeren deze zorgaanbieders vervolgens over de te volgen procedure. Belangrijke acties en deadlines voor het aanvragen van een overeenkomst zijn te vinden in de [Planning zorginkoop](#).

In het contractaanbod voor nieuwe zorgaanbieders onderbouwen we altijd hoe we tot een passend tariefaanbod zijn gekomen, wat ons aanbod is voor het zorgkostenplafond en lichten we eventuele aanvullende afspraken concreet toe.

We kopen zorg in bij nieuwe zorgaanbieders als we vaststellen dat we niet aan onze zorgplicht in een regio kunnen voldoen of een risico daartoe zien. Dit beoordelen we aan de hand van het wettelijk kader zorgplicht, waaraan nadere invulling is gegeven in de NZa Beleidsregel [Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw](#).

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

Gedurende het jaar kunnen we aanvullende zorg inkopen. Dit doen we volgens een vast proces en onder specifieke voorwaarden. De bijbehorende planning met belangrijke acties en deadlines staat in het hoofdstuk [Planning zorginkoop](#).

Verhoging zorgkostenplafond aanvragen

Om de zorg betaalbaar te houden, maken we in onze overeenkomsten met zorgaanbieders afspraken over een tarief, een zorgkostenplafond en eventueel over de gemiddelde ligduur van cliënten. Wanneer afspraken hierover niet voldoende blijken te zijn, is het voor zorgaanbieders mogelijk om een verhoging van het zorgkostenplafond aan te vragen. We kopen daarmee dus mogelijk extra zorg in.

Voor het aanvragen van een verhoging van het zorgkostenplafond doorlopen we het volgende proces:

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

Wanneer zorgaanbieders 70% van het zorgkostenplafond hebben bereikt en verwachten dat het resterende deel niet voldoende is, verwachten we dat

zorgaanbieders ons hierover informeren. Indien nodig kunnen zorgaanbieders een verhogingsaanvraag bij ons indienen.

De zorgaanbieder levert bij het aanvragen van een verhoging van het zorgkostenplafond de volgende informatie aan:

- De prognose van de totale productie van het lopende jaar
- 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

Indien het een verhogingsaanvraag betreft voor ELV of GRZ levert de zorgaanbieder ook het volgende aan:

- Het te verwachten zorgkostenplafond voor zowel de ELV als de GRZ

Een verhogingsaanvraag voor het zorgkostenplafond kan worden ingediend via onze [website](#).

2) Wij beoordelen de verhogingsaanvraag voor het zorgkostenplafond

Als we alle informatie hebben ontvangen, beoordelen we of er nog aanvullende informatie nodig is van de zorgaanbieder. Voor de beoordeling van een verhogingsaanvraag 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 scores 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 over de verhogingsaanvraag voor het zorgkostenplafond

Als de verhogingsaanvraag compleet bij ons is ingediend, 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 van de verzekerdenuitvoering – leidend.

Geen verhoging toegekend

Wanneer wij de aanvraag voor verhoging van het zorgkostenplafond niet toekennen, kan de zorgaanbieder in overleg met ons een cliëntenstop toepassen. Samen maken we afspraken over de manier waarop we cliënten die bij ons verzekerd zijn informeren over de mogelijke cliëntenstop. Onze afdeling [Zorgadvies en wachtlijstbemiddeling](#) kan nieuwe cliënten (die bij ons verzekerd zijn) helpen bij het vinden van een passend alternatief.

Voor cliënten die al zorg ontvangen, geldt een doorleverplicht. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders op tijd (bij het bereiken van 70% van het zorgkostenplafond) een verhogingsaanvraag bij ons indienen. Zo garanderen we samen dat cliënten zorg kunnen blijven ontvangen.





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.

Overeenkomst ELV, GRZ en GZSP: planning voor reeds gecontracteerde zorgaanbieders

2026	Datum en tijd	Wie	Actie	Via
	8 juni 2026 t/m 3 juli 2026	Zorgaanbieder	Invullen vragenlijst om in aanmerking te komen voor een overeenkomst	VECOZO Zorginkoopportaal
	13 juli 2026 t/m 31 augustus 2026, voor 17.00 uur	VGZ	<ul style="list-style-type: none"> • Informeren van zorgaanbieders die op basis van de ingevulde vragenlijst niet in aanmerking komen voor een nieuwe overeenkomst • Informeren over de benchmark-methodiek (alleen voor zorgaanbieders in benchmarkgroep(en)) 	E-mail
	13 juli 2026 t/m 11 september 2026, voor 17.00 uur	VGZ	Aanbieden overeenkomst	E-mail of VECOZO Zorginkoopportaal
	Uiterlijk 30 oktober 2026, voor 17.00 uur	Zorgaanbieder	Mogelijkheid tot reageren op overeenkomst	E-mail of website
	Uiterlijk 18 december 2026, voor 12.00 uur	Zorgaanbieder en VGZ	Accepteren/overeenstemming bereiken over de nieuwe overeenkomst	E-mail of VECOZO Zorginkoopportaal

2027

Overeenkomst ELV , GRZ, GZSP: planning voor nieuwe zorgaanbieders

2027	Datum en tijd	Wie	Actie	Via
	5 januari 2027 t/m 2 februari 2027	Zorgaanbieder	Aanvragen overeenkomst met ingangsdatum 1 juli 2027	Formulier op onze website
	16 februari 2027 t/m 22 maart 2027, voor 12.00 uur	Zorgaanbieder	Invullen vragenlijst om in aanmerking te komen voor een overeenkomst	VECOZO Zorginkoopportaal
	26 april 2027 t/m 14 mei 2027	VGZ	<ul style="list-style-type: none"> Aanbieden overeenkomst aan zorgaanbieders die in aanmerking komen voor een overeenkomst Informeren van zorgaanbieders die niet in aanmerking komen voor een overeenkomst 	E-mail
	Uiterlijk 18 juni 2027, voor 12.00 uur	Zorgaanbieder en VGZ	Accepteren/overeenstemming bereiken over de nieuwe overeenkomst	E-mail of VECOZO Zorginkoopportaal

2028



Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod

Vanaf 12 november 2026 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 IZA of AZWA 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 2026	Beleid 2027
Mogelijk aanvullend beleid door het experiment Modulaire bekostiging revalidatie- en herstelzorg	In 2026 zijn op landelijk niveau de voorbereidingen getroffen voor de start van het experiment Modulaire bekostiging revalidatie- en herstelzorg.	Op het moment dat wij dit inkoopbeleid publiceren, heeft het experiment Modulaire bekostiging revalidatie- en herstelzorg helaas nog niet plaatsgevonden. Zodra er resultaten zijn of besluiten zijn genomen, volgen wij dit beleid. Als het nodig is, publiceren we aanvullend beleid en geven we zorgaanbieders transparant uitleg over wat er wijzigt.
Een overeenkomst met een integraal zorgkostenplafond voor zorgaanbieders die zowel ELV als GRZ leveren	In 2026 wordt het zorgkostenplafond voor ELV en GRZ apart vastgesteld. Eventuele over- of onderschrijding van het zorgkostenplafond is voor maximaal 25% uitwisselbaar tussen de geleverde ELV en GRZ.	Zorgaanbieders die zowel ELV als GRZ leveren, ontvangen in 2027 een overeenkomst met een integraal zorgkostenplafond. Dit integrale zorgkostenplafond bestaat uit een optelsom van het zorgkostenplafond voor de ELV en de GRZ. Door een integraal zorgkostenplafond aan te bieden, kunnen zorgaanbieders de geleverde ELV en GRZ voor 100% uitwisselen. Hiermee vervalt ook het onderscheid tussen het zorgkostenplafond en het cliëntvolgend deel in de afspraak ELV voor 2027.
Palliatief Terminale Zorg (PTZ) maakt geen onderdeel meer uit van het zorgkostenplafond	In 2026 is PTZ onderdeel van het afgesproken zorgkostenplafond.	In 2027 is PTZ geen onderdeel meer van het afgesproken zorgkostenplafond.
De ELV-toeslag voor opname in avond-, nacht- en weekenduren (ANW) komt te vervallen	In 2026 hebben we met een select aantal zorgaanbieders afspraken gemaakt over de opslag voor ELV in ANW.	Door een landelijk besluit van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) komt per 1 januari 2027 de ELV-toeslag voor opname in de ANW te vervallen. We maken dus geen aparte afspraken meer met zorgaanbieders over deze toeslag.

Onderwerp	Beleid 2026	Beleid 2027
<p>Introductie van 2-jarige overeenkomsten voor GZSP</p>	<p>In 2026 is de looptijd van een overeenkomst voor GZSP 1 jaar.</p>	<p>Met ingang van 1 januari 2027 bieden wij een 2-jarige overeenkomst GZSP aan, met een looptijd tot 31 december 2028. We geven hiermee invulling aan de landelijke wensen en afspraken uit onder andere het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).</p>
<p>Nieuwe minimumeisen voor het inkopen van het Zorgtraject Kwetsbare Patiënten</p>	<p>In 2026 kopen we zorgtrajecten voor kwetsbare ouderen alleen in bij zorgaanbieders die in het verleden hebben meegedaan aan een MESO-pilot.</p>	<p>In 2027 kopen we zorgtrajecten voor kwetsbare patiënten nog in bij zorgaanbieders die voldoen aan de minimumeisen en uitgangspunten die zijn vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.</p>
<p>Gewijzigde planning voor het aanvragen, aanbieden en de ingangsdatum van een overeenkomst voor nieuwe zorgaanbieders</p>	<p>In 2026 kunnen nieuwe zorgaanbieders een overeenkomst ELV, GRZ en/of GZSP met ingangsdatum 1 januari aanvragen in de periode 1 april t/m 16 mei 2026.</p>	<p>In 2027 kunnen nieuwe zorgaanbieders een overeenkomst ELV, GRZ en/of GZSP met ingangsdatum 1 juli 2027 aanvragen in de periode 5 januari t/m 2 februari 2027.</p>
<p>Gewijzigde minimumeisen voor een overeenkomst ELV, GRZ en GZSP</p>	<p>In 2026 verschillen de minimumeisen voor een overeenkomst ELV, GRZ, GZSP en Wijkverpleging van elkaar.</p>	<p>In 2027 zijn de minimumeisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst ELV, GRZ en/of GZSP gewijzigd. De minimumeisen zijn waar dat mogelijk is in lijn gebracht met de minimumeisen die wij hanteren om in aanmerking te komen voor een overeenkomst Wijkverpleging. Ook vervalt de minimumeis om een ondertekende bestuursverklaring te tonen.</p>

2. Onze minimumeisen voor zorgaanbieders

Om een zorgovereenkomst af te kunnen sluiten, moeten zorgaanbieders aantoonbaar voldoen aan bepaalde minimumeisen.

Minimumeisen voor alle zorgaanbieders

- 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 werkt voldoende mee of heeft voldoende meegewerkt aan een onderzoek volgens artikel 7.3 en/of 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 minimumeisen, in elk geval van de afgelopen 3 jaar.

Minimumeisen voor een overeenkomst ELV, GRZ of GZSP

- De zorgaanbieder heeft een zorgaanbod dat onder de aanspraak ELV, GRZ of GZSP en kan dit aantonen door een geldige AGB-code.
- De zorgaanbieder levert zorg die voldoet aan de eisen en voorwaarden zoals gesteld in de geldende beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit, prestatie- en tariefbeschikkingen en overige regelgeving, de productspecificaties en tenminste aan dat wat binnen de kring van beroepsbeoefenaren gebruikelijk is.
- De zorgaanbieder wordt geacht integraal verantwoordelijkheid te nemen voor de doorvertaling van de gemaakte afspraken naar de professionals, rekening houdend met de kenmerken van de cliëntgroep van de zorgaanbieder.
- De zorgaanbieder werkt volgens de geldende beroepsstandaarden, protocollen en richtlijnen.
- De zorgaanbieder is passend verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis) of heeft deze verzekering aantoonbaar per 1 januari 2027 afgesloten. In specifieke omstandigheden, zoals bijvoorbeeld in het geval van het afzien van een verzekering vanwege geloofsovertuiging, kunnen hier maatwerkafspraken over gemaakt worden.
- De zorgaanbieder (waaronder ook de bestuurders, toezichthouders en eventuele andere beleidsbepalers vallen) is van onberispelijk gedrag. Wij hebben de discretionaire bevoegdheid om te beoordelen of de zorgaanbieder hieraan voldoet. Met discretionaire bevoegdheid bedoelen we dat wij een bepaalde mate van beleidsvrijheid hebben om dit te beoordelen. Hierin wordt gekeken wat onberispelijk gedrag is binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid.

Ook vindt er hoor en wederhoor plaats wanneer wij van oordeel zijn dat een zorgaanbieder niet van onberispelijk gedrag is. Dit betekent dat de zorgaanbieder het recht heeft om te reageren op de beweringen die gedaan worden over de zorgaanbieder.

- Om te beoordelen of er sprake is van onberispelijk gedrag wordt gekeken naar:
 - Financiële gezondheid
 - De zorgaanbieder voert de afgelopen 3 jaar, en momenteel, een financieel gezond beleid, conform de verplichtingen uit Boek 2 afdeling 9 Burgerlijk Wetboek.
 - Er vindt geen oneigenlijk gebruik van zorggelden plaats.
 - De zorgaanbieder deponereert steeds tijdig de jaarrekening.
 - De zorgaanbieder heeft een goedgekeurde accountantsverklaring.
 - Handhavingsmaatregelen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
 - De zorgaanbieder heeft de afgelopen 3 jaar geen handhavingsmaatregelen ontvangen van de IGJ.
 - De zorgaanbieder is geen onderwerp van een onderzoek van de IGJ betreffende de kwaliteit en/of veiligheid van zorg.
 - Betrokkenheid bij fraude
 - De zorgaanbieder is de afgelopen 3 jaar, en momenteel, niet betrokken bij onderzoeken (bijvoorbeeld van ons, de zorgkantoren of andere zorgverzekeraars) of (gerechtelijke) procedures in verband met fraude of vermoedens van fraude.
 - Eer en goede naam nadelig beïnvloeden
 - De zorgaanbieder is de afgelopen 3 jaar, en momenteel, niet betrokken bij gebeurtenissen die onze eer en goede naam nadelig kunnen beïnvloeden.

- Professionaliteit
 - De zorgaanbieder heeft de afgelopen 3 jaar, en momenteel, geen bezwaren of meldingen gehad met betrekking tot de professionaliteit. Daaronder valt ook de naleving van de uitgangspunten kwalitatief goede, doelmatige en zinnige zorg.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar een certificaat van een werkend kwaliteitssysteem.
- De zorgaanbieder werkt via een kwaliteitscyclus volgens de uitgangspunten van het [Generiek Kompas](#).
- De zorgaanbieder investeert aantoonbaar in deskundigheidsbevordering van haar zorgmedewerkers.

Aanvullende minimumeisen voor een overeenkomst ELV

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

Om in aanmerking te komen voor een overeenkomst ELV met de *prestaties LC en HC* 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 per 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 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 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 zorgaanbieders. De schriftelijke afspraken gaan over:
 - In- en uitstroom van cliënten
 - Regionale triage voor tijdelijke opname van cliënten
 - Toegang tot tijdelijke bedden buiten kantooruren en in het weekendweekend
- De zorgaanbieder stemt zorgpaden en protocollen af met zorgaanbieders in de eerste- en tweedelijnszorg.
- 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 cliënt 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 overeenkomst ELV met de *prestatie PTZ* gelden de volgende minimumeisen

- De zorgaanbieder verklaart dat het verblijf voldoet aan de bouwkundige eisen die aan een 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 NL, Zorgpad Stervensfase, Lokale Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Palliatieve Zorg en Pallialine.
- De zorgaanbieder werkt samen met Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) 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 zorgaanbieders in de eerstelijnszorg. De schriftelijke afspraken gaan over:
 - In- en uitstroom van cliënten
 - Regionale triage voor tijdelijke opname van cliënten
 - Toegang tot tijdelijke bedden buiten kantooruren en in het weekendweekend.
- De zorgaanbieder stemt zorgpaden en protocollen af met zorgaanbieders in de eerste- en tweedelijnszorg.
- 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 cliënt 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

Regionale coördinatiefunctie (RCF) tijdelijk verblijf

De aanbieder voldoet aan de minimumeisen voor RCF's die landelijk in ZN-verband zijn vastgesteld. Meer informatie over dit beleid en de minimale vereisten is te vinden op de [website van ZN](#).

Aanvullende minimumeisen cliënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov:

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

- De zorgaanbieder is aangesloten bij het Korsakov Kenniscentrum.
- De zorgaanbieder is door de commissie expertisecentra langdurige zorg aangemerkt als erkend expertisecentrum voor het syndroom van Korsakov (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 zorgverzekeraars in zorgkantorregio stemmen locatie af of wijzen de zorgaanbieder aan.
- De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met voldoende en 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 cliënten op een gesloten herstel- en screeningsafdeling:

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

- Het zorgaanbod wordt in de regio geclusterd aangeboden met als uitgangspunt 1 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 een 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 afschaling van zorg, passende vervolgzorg of benodigde voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten.
- De zorgaanbieder handelt conform de Wet zorg en dwang (Wzd) in geval van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname.
- De doelgroep met primair GGZ- en/of VG- problematiek is uitgesloten van het ELV gesloten herstel.

Aanvullende minimumeisen voor een overeenkomst GRZ

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

- 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 geriatrie 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, in het geval van Cerebro Vasculair Accident (CVA) deel aan de lokale CVA-keten.

- De zorgaanbieder maakt schriftelijk regionale afspraken (binnen de regio waar hij actief is) met huisartsen, ziekenhuizen, VVT-instellingen, gemeenten en andere zorgaanbieders in de eerstelijnszorg. De schriftelijke afspraken gaan over:
 - In- en uitstroom van cliënten
 - Regionale triage voor tijdelijke opname van cliënten
 - Toegang tot tijdelijke bedden buiten kantooruren en in het weekend
- Er is altijd een geriatrisch assessment uitgevoerd voordat GRZ start.

Aanvullende minimumeisen direct ambulante GRZ

Om in aanmerking te komen voor het leveren van direct ambulante GRZ gelden de volgende aanvullende minimumeisen:

- De zorgaanbieder heeft een overeenkomst GRZ en een overeenkomst GZSP met ons gesloten.
- Vanuit het behandelplan is multidisciplinaire zorg geïndiceerd met de inzet van minimaal 2 behandelaren naast de Specialist Ouderengeneeskunde (SO).
- De directe ambulante GRZ kan worden ingezet voor alle revalidatiediagnosegroepen GRZ, met uitzondering van electieve orthopedie.
- De zorgaanbieder beschikt over een uitgewerkt zorgpad per cliëntgroep aan wie hij direct ambulante geriatrische revalidatiezorg wil verlenen.

Aanvullende minimumeisen voor een overeenkomst GZSP

De aanvullende minimumeisen voor een overeenkomst 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 overeenkomst 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 langdurige zorg) gefinancierd wordt. Voldoet de zorgaanbieder hier niet aan? Dan moet de zorgaanbieder voldoen aan onderstaande 3 punten:
 1. De zorgaanbieder moet een (sub-)regionale samenwerkingsovereenkomst hebben met zorgaanbieders die wel aan bovenstaande voldoen. Of ze moeten aantoonbaar kunnen maken hierover met deze zorgaanbieders in gesprek te zijn. Het (sub-)regionale karakter van de samenwerkingsovereenkomst is gerelateerd aan het adherentiegebied van deze aanbieders. Het betreft dan meestal de grote VVT of VG-systeemaanbieder.
 2. In de samenwerkingsovereenkomst zijn minimaal de volgende onderwerpen opgenomen:
 - Afspraken over beschikbaarstelling en verdeling van de capaciteit van een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) en de arts Verstandelijk Gehandicapten (VG) voor huisartsen
 - Afspraken over een eenduidige samenwerkingsrelatie tussen de SO en de arts/arts VG en huisarts t.a.v. consult en/of behandeling.
 - Afspraken over beschikbaarheid en verdeling van de capaciteit van de SO en de arts VG in de ANW-uren.

3. De zorgaanbieder moet deze samenwerkingsovereenkomst aan ons ter beoordeling en goedkeuring voorleggen.
 4. Elke 3 jaar wordt de samenwerkingsovereenkomst geëvalueerd en geüpdatet.
- De zorgaanbieder borgt de samenwerking in de regio waar hij actief is, met onder andere huisartsen, VVT-instellingen, gemeenten en andere zorgaanbieders in de eerstelijnszorg.
 - De zorgaanbieder voldoet aan de '[Uitgangspunten GZSP individuele prestaties](#)' en de '[Uitgangspunten GZSP zorg in een groep](#)', zoals opgesteld door ZN.

Minimumeisen voor zorgaanbieders die zorg bieden door een Specialist Ouderengeneeskunde (SO)

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

- De zorgaanbieder heeft een SO in dienst.
- Elke SO beschikt in 2027 en 2028 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](#).
- In geval van taakherschikking declareert de VS of de PA op zijn/haar persoonlijke AGB-code.
- In geval van het afnemen van een geriatrisch assessment gelden de volgende minimumeisen:
 - Het afnemen van een geriatrisch assessment mag niet herschikt worden naar de VS of PA.
 - Een verwijzing door de huisarts of medisch specialist is noodzakelijk.
- De zorgaanbieder volgt de uitgangspunten zoals beschreven in [Uitgangspunten GZSP individuele prestaties 2027](#).

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 2027 en 2028 over een persoonlijke AGB-code.
- De zorgaanbieder volgt de uitgangspunten zoals beschreven in [Uitgangspunten GZSP individuele prestaties 2027](#).

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 Specialist Ouderenzorg (SO) en/of een arts Verstandelijk gehandicapten (VG) in dienst.
- De zorgaanbieder heeft een BIG-geregistreerde gedragswetenschapper in dienst.
- Elke BIG-geregistreerde gedragswetenschapper beschikt in 2027 en 2028 over een persoonlijke AGB-code.
- De zorgaanbieder volgt de uitgangspunten zoals beschreven in [Uitgangspunten GZSP individuele prestaties 2027](#).

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 kwetsbare patiënten en 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 Specialist Ouderenzorg (SO) en/of een arts Verstandelijk gehandicapten (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 Specialist Ouderenzorg (SO) en/of een arts Verstandelijk gehandicapten (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, Specialist Ouderenzorg (SO) en/of een arts Verstandelijk Gehandicapten (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 Specialist Ouderenzorg (SO) in dienst.

- De zorgaanbieder verstrekt op aanvraag de samenwerkingsafspraken tussen SO en huisarts. Deze zijn gebaseerd op de [Uitgangspunten zorgtraject kwetsbare patiënten 2027](#). Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De samenwerking op basis van stepped-care met de huisartsenpraktijken in de regio is een vast onderdeel van de samenwerkingsafspraken.
- 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 volgt de uitgangspunten zoals beschreven in [Uitgangspunten zorgtraject kwetsbare patiënten 2027](#).

Aanvullende minimumeisen voor nieuwe zorgaanbieders ELV, GRZ en/of GZSP

Om als nieuwe zorgaanbieder in aanmerking te komen voor een overeenkomst ELV, overeenkomst GRZ en/of overeenkomst GZSP geldt er een aanvulling op de generieke minimumeisen. Bij de inschrijving levert de zorgaanbieder minimaal de volgende documenten aan:

- Wtza-vergunning
- Verklaring Omtrent het Gedrag voor rechtspersonen (VOG RP) die niet ouder is dan een jaar op het moment van de indiening
- Inschrijving bij de Kamer van Koophandel
- Een geldig certificaat van een werkend kwaliteitssysteem
- Een volledige en goedgekeurde jaarrekening. Indien op DigiMV een korte versie wordt geüpload, wordt aan VGZ een volledige jaarrekening aangeleverd in de inschrijving

Wilt u meer weten?

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



COÖPERATIE VGZ

Voorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.