



Meest gestelde vragen over omzetplafonds in de zorg

Bijgewerkt: mei 2026

Zorgverzekeraars kunnen een omzetplafond (ook wel zorgplafond of budgetplafond genoemd) met zorgaanbieders afspreken. Dat is het maximumbedrag dat een zorgverzekeraar vergoedt aan een zorgaanbieder voor alle geleverde zorg aan zijn verzekerden bij elkaar. Belangrijk uitgangspunt is dat patiënten die al in behandeling zijn niks moeten merken van het overschrijden van een omzetplafonds. Voor zorg aan nieuwe patiënten, kunnen er wel gevolgen zijn. Hieronder beantwoorden wij de meest gestelde vragen over omzetplafonds.

Waarom kiezen zorgverzekeraars voor omzetplafonds?

Zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om de zorg zo te organiseren dat er een gespreid en voor iedereen toegankelijk aanbod is. Een manier om dat te doen is een omzetplafond met gecontracteerde zorgaanbieders afspreken.

Wat als patiënten niet terecht kunnen vanwege een omzetplafond?

De zorgverzekeraar zal de patiënt helpen een andere behandelaar te vinden waar hij binnen de treetnorm terecht kan. Zijn er geen gecontracteerde aanbieders met een kortere wachttijd, dan kan de patiënt ook vragen om te worden bemiddeld naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die sneller kan helpen. In dat geval hoeven verzekerden, los van het eigen risico, niet te betalen voor de geleverde zorg. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is wel dat de zorgverzekeraar tijdig is betrokken bij de zorgbemiddeling. De zorgverzekeraar moet namelijk wel in de gelegenheid gesteld zijn om afspraken op maat te maken met de niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Is een zorgverzekeraar verplicht om het omzetplafond te verhogen?

Een zorgverzekeraar is niet verplicht om het plafond te verhogen. Wel moet er natuurlijk elders in de regio voldoende zorg beschikbaar zijn zodat de zorgverzekeraar blijft voldoen aan zijn zorgplicht.

Wie heeft welke verantwoordelijkheden bij een omzetplafond?

Als het omzetplafond nadert, verwachten we van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat zij afspraken maken met elkaar, met verwijzers en omliggende zorgaanbieders. En dat zij hierover duidelijk communiceren richting patiënten, verzekerden en verwijzers. Zo komt niemand voor verrassingen te staan, en weet de patiënt/verzekerde waar hij aan toe is.

In de overeenkomst die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar aangaan, staat welke procedures gelden als er een omzetplafond dreigt te worden bereikt. Op hoofdlijnen komt het erop neer dat de verantwoordelijkheid voor het tijdig signaleren van een naderend omzetplafond bij de

zorgaanbieder ligt. Die gaat hierover tijdig met de zorgverzekeraar in overleg (dus niet pas als het plafond al bereikt is). Als het plafond bereikt is, neemt de zorgaanbieder geen nieuwe patiënten meer aan, maar verwijst hij ze door naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar moet dan vanwege de zorgplicht ervoor zorgen dat zijn verzekerde tijdig ergens anders terecht kan.

Welke informatie moeten zorgaanbieders met patiënten delen?

De zorgaanbieder verstrekt duidelijke en neutrale informatie (op zijn website) als hij een patiëntenstop afkondigt. Verder geeft hij aan voor wie de patiëntenstop geldt, wat de consequenties zijn en verwijst hij naar zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. Alle communicatieberichten en -lijnen stemt de zorgaanbieder af met de zorgverzekeraar. Meer informatie leest u in de [Regeling transparantie zorgaanbieders – TH/NR-035](#). (artikel 4, lid 1). In aanvulling hierop kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in hun contracten ook nog extra informatieverplichtingen opnemen.

Welke informatie moeten zorgverzekeraars met patiënten/verzekerden delen?

Als de zorgverzekeraar omzetplafonds afsprekt met zorgaanbieders dan vermeldt de zorgverzekeraar dat en de gevolgen ervan in zijn polisvoorwaarden en openbare communicatiekanalen, zoals de website. Ook in de zorgvinder/zorgzoeker van de zorgverzekeraar moet bij de betreffende zorgaanbieder worden vermeld wat de mogelijke consequenties van een omzetplafond zijn (artikel 10, lid 2, onder b, regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten).

Als de zorgverzekeraar weet dat het afgesproken omzetplafond met zorgaanbieder wordt bereikt, dan maakt hij dit via zijn openbare communicatiekanalen, zoals de website bekend.

Meer hierover leest u in artikelen 4 en 10 van de [Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten - TH/NR-027 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#). In aanvulling hierop kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in hun contracten ook nog extra informatieverplichtingen hebben opgenomen.

Voldoet de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht als een zorgaanbieder vanwege het omzetplafond een aanmeldstop heeft in een regio met lange wachttijden?

Het is bij planbare zorg geen vereiste dat de zorg in de regio moet worden geleverd. De zorgverzekeraar bepaalt uiteindelijk welke zorgaanbieders wel of geen verruiming van het omzetplafond krijgen. Als een andere zorgaanbieder beschikbaar is, voldoet de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht. Voor acute zorg (zoals de spoedeisende hulp of de huisarts) is het vereist dat vervangende zorg binnen een bepaalde tijd plaatsvindt. In de [beleidsregel](#) en de [handvatten](#) voor de zorgplicht, leest u waar we op letten als het gaat om het voldoen aan de zorgplicht.

Een verzekerde die van mening is dat de verzekeraar zijn zorgplicht niet goed is nagekomen, kan een klacht indienen bij de [Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen \(SKGZ\)](#). Daarvoor moet de verzekerde wel eerst met de verzekeraar contact hebben opgenomen om het probleem proberen op te lossen (bezwaar aantekenen of een klacht bij de verzekeraar indienen). Verzekerden kunnen ons helpen bij ons toezicht door een melding te doen als zij vermoeden dat de zorgplicht wordt geschonden. Dit kan via het [Meldingsformulier voor patiënt en verzekerde](#).

Geldt er een doorleverplicht bij omzetplafonds?

Bij omzetplafonds kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars verschillende soorten doorleververplichtingen afspreken. Doorleververplichtingen zijn maatwerkafspraken en kunnen dus per overeenkomst verschillen. Op hoofdlijnen zijn er twee categorieën doorleverafspraken te onderscheiden:

- Voor zorg aan nieuwe patiënten: de zorgaanbieder heeft het afgesproken omzetplafond bereikt en met de zorgverzekeraar is een afspraak gemaakt om nieuwe patiënten toch in behandeling te nemen, maar dan bijvoorbeeld tegen een lager tarief of voor bepaalde specifieke zorg(handelingen).
- Voor patiënten die al in behandeling zijn: de zorgaanbieder heeft het afgesproken omzetplafond bereikt en met de zorgverzekeraar is een afspraak gemaakt om patiënten die al in behandeling zijn verder te behandelen. Ook in deze situatie kunnen afspraken zijn gemaakt tot welke kosten er doorbehandeld mag worden en/of voor welke zorg dit geldt. Over het algemeen zal de patiënt hier niks van merken. De zorgaanbieder is ook hierbij gehouden aan de geldende kwaliteits- en zorginhoudelijke normen die maken dat een behandeling niet zomaar onderbroken kan worden.

Een patiënt moet vanwege een aanmeldstop nu verder reizen voor zorg. Wat doet de NZa in dergelijke situaties?

Wij treden op zodra de bereikbaarheid van zorg in het geding komt. Het is bij planbare zorg geen vereiste dat de zorg in de regio moet worden geleverd. Er zijn voor bepaalde zorgvormen bereikbaarheidseisen opgenomen in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht, zoals voor acute zorg. Waar die niet zijn opgenomen in de beleidsregel, gelden de normen uit het veld.

Wat is de taak van de NZa bij omzetplafonds?

De NZa gaat niet over contractuele afspraken en de inhoud van contracten (privaatrecht). Wij houden geen toezicht bij de afspraken over omzetplafonds en het bereiken ervan. Wel zien we toe op goede informatieverstrekking aan patiënten en verzekerden over de omzetplafonds door zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Als men van mening is dat er geen of goede informatie is verstrekt over een omzetplafond of de gevolgen ervan, dan kunnen zij dat bij ons melden.

Daarnaast zien wij toe op het proces van de inkoop van (aanvullende) zorg en of zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht. Daarbij staat voor ons de verzekerde centraal. Als we signalen krijgen dat dit niet goed verloopt (bijvoorbeeld dat er niet voldoende zorg is ingekocht in de regio) dan doen we nader onderzoek.