

Inkoopbeleid Geestelijke Gezondheidszorg – Instellingen digitaal 2027

Versie: 2.0
Datum: 18 november 2026

Wat leest u in dit inkoopbeleid?

Over versie 2.0 1

Belangrijkste wijzigingen 1

Wat we willen bereiken 3

Zorg die wij inkopen 8

Voorwaarden overeenkomst 12

Tarieven en volume 17

Contracteerprocedure 20

Planning en termijnen 21

Naleving en controle 22

Aanvullingen en wijzigingen 23

Bijlage (1): Inkoopvoorwaarden curatieve GGZ 2027 24

Bijlage (2): Prestaties die we niet of onder voorwaarden inkopen 25

Over versie 2.0

Dit is op 18 november gewijzigd ten opzichte van versie 1.0.

Het label digitale zorg is aangepast van S01 naar G07.

Vanaf 2027 wordt voor digitale zorg gebruikgemaakt van zorglabel G07 in plaats van zorglabel S01. Het label is omgezet van een S-label naar een generiek zorglabel binnen het Zorgprestatiemodel (ZPM). Dit sluit aan op de landelijke registratie- en declaratiewijze voor digitale zorg.

Belangrijkste wijzigingen

In dit hoofdstuk hebben wij voor u de belangrijkste wijzigingen in het inkoopbeleid 2027 ten opzichte van het inkoopbeleid 2026 op een rij gezet. Lees voor alle wijzigingen ook de overige hoofdstukken.

Wij sturen op doelmatige inzet van ambulante zorg.

We sturen op een doelmatige inzet van ambulante zorg om de toegankelijkheid van de GGZ te verbeteren. Vanaf 2027 worden zorgaanbieders van ambulante zorg (S02 en S03, met maximaal 10% klinische, outreachende of hoogspecialistische zorg) ingedeeld in een doelmatigheidscategorie. Die indeling baseren we op het gemiddeld aantal directe behandelminuten per cliënt. De declaraties over de periode van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025 vormen hiervoor de basis. De doelmatigheidscategorie bepaalt vervolgens het tariefpercentage.

U stuurt op effectieve inzet van de behandelcapaciteit.

Wij vinden het van groot belang dat de schaarse behandelcapaciteit zo effectief mogelijk wordt ingezet om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren. In het inkoopbeleid van afgelopen jaren hebben wij hier uw aandacht voor gevraagd. In 2027 scherpen wij dit aan en verwachten wij een logische samenhang tussen zorgvraagtypering en setting. Dat betekent het volgende:

- Wij vergoeden zorgvraagtype 1 en 2 niet langer in de outreachende setting maar tegen het monodisciplinaire tarief (setting 2);
- Wij vergoeden diagnoses basis GGZ (bGGZ) alleen nog tegen het monodisciplinaire tarief (setting 2).

U hanteert geen exclusiecriteria meer.

Om de toegankelijkheid in de GGZ te vergroten, hebben partijen in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) met elkaar afgesproken dat zorgaanbieders vanaf 2026 geen exclusiecriteria meer hanteren. Behalve als hier zorginhoudelijke afwegingen voor zijn.

Wij verwachten van zorgaanbieders minimaal dat zij:

- psychische stoornissen kunnen signaleren en diagnosticeren;
- kunnen werken met meervoudige en samengestelde problematiek;
- mensen met een bijkomende licht verstandelijke beperking kunnen behandelen;

- anderstaligen kunnen behandelen, eventueel met een tolk;
- bij de behandeling van verslaving integraal behandelen, waarbij verslaving en co-morbide stoornissen gelijktijdig en in samenhang worden aangepakt.

Doelmatige inzet van verslavingszorg

Wij vinden het van groot belang dat verslavingszorg zo doelmatig mogelijk wordt ingezet. We hebben een aantal nieuwe criteria toegevoegd voor de doelmatige inzet van verslavingszorg. Deze criteria vindt u in het hoofdstuk ‘Zorg die wij inkopen’.

Wat we willen bereiken

Lees in dit hoofdstuk over de kern van ons inkoopbeleid. En wat we met het inkoopbeleid willen bereiken.

De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de GGZ staan onder druk.

De vraag naar geestelijke gezondheidzorg is de afgelopen jaren sterk toegenomen, terwijl de GGZ met forse personele problemen kampt. Daarnaast is de instroom in de GGZ hoog terwijl de doorstroom en uitstroom stagneren. Mede daarom staat de toegankelijkheid al jaren onder druk en krijgen mensen met een complexe zorgvraag niet altijd tijdig de gewenste zorg.

Samen met zorgaanbieders en andere betrokken partijen hebben wij de verantwoordelijkheid om de GGZ betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden. Dat betekent: het verdelen van schaarste op een goede manier.

In ons inkoopbeleid staan daarom de volgende 3 thema's centraal:

1. Het verbeteren van de toegankelijkheid voor verzekerden met een complexe zorgvraag.
2. Het verminderen van de instroom in de GGZ via Mentale Gezondheidsnetwerken.
3. Het effectief inzetten van behandelcapaciteit ten behoeve van de toegankelijkheid.

We stimuleren passende zorg.
De toegankelijkheid in de GGZ is een maatschappelijk vraagstuk. Wij werken continu aan landelijke randvoorwaarden voor de juiste zorg op de juiste plek. Ons uitgangspunt is hierbij 'zelf als het zelf kan, thuis als kan, digitaal als het kan en integraal als het moet'.

We sluiten aan bij de beweging 'van zorg naar gewoon leven'. Dat betekent dat er voor, tijdens en na behandeling aandacht is voor positieve gezondheid en de sociaal-maatschappelijke vraagstukken. Niet iedere hulpvraag is een medische zorgvraag die binnen de Zvw of Wlz thuishoort. Informele ondersteuning, het eigen netwerk en voorzieningen in het sociaal domein kunnen in veel gevallen bijdragen aan herstel en het voorkomen van (onnodige) zorg. Ondersteuning via een herstelcentrum kan bijvoorbeeld een goede manier zijn om te leren omgaan met psychische kwetsbaarheid. En op die manier minder afhankelijk te worden van GGZ-zorg. Dit past bij de beweging van zorg naar gewoon leven. We verwachten dat zorgaanbieders cliënten wijzen op herstelcentra en afspraken maken met herstelcentra in de regio.

We dragen bij aan de maatschappelijk discussie over mentale gezondheid.
We stimuleren de ontwikkeling van preventie en investeren we in initiatieven die mensen met een hulp- of zorgvraag sneller naar de juiste plek leiden. Zo ontwikkelen wij digitale hulpmiddelen die onze verzekerden voorzien van handvatten om zelf met een hulpvraag aan de slag te gaan. We besteden aandacht aan preventie o.a. op het gebied van mentale gezondheid van jongeren. Onze campagne 'Social Minderen' is bijvoorbeeld specifiek gericht op het beter in balans brengen van socialmediagebruik onder jongeren.

Samen met de KNVB richten we ons op het bespreekbaar maken van mentale gezondheid bij jongeren op en rond het voetbalveld. Daarmee dragen we bij aan de maatschappelijke uitdagingen en proberen we niet-noodzakelijke instroom in de zorg af te buigen. Zo hopen wij de wachtlijsten te verkorten.

We zetten in op proactieve zorgbemiddeling voor tijdige zorg.
In het AZWA zijn afspraken gemaakt over de inzet van proactieve zorgbemiddeling. In aanvulling op het huidige zorgbemiddelingsproces gaan we in 2026 starten met proactieve zorgbemiddeling. Hiermee helpen wij cliënten sneller aan passende zorg, met als doel de wachttijden in de GGZ te verkorten en de toegankelijkheid van zorg te verbeteren.

1. Toegankelijkheid verbeteren voor verzekerden met een complexe zorgvraag.

Verzekerden met een complexe zorgvraag moeten soms lang wachten op een intake en behandeling. De toegankelijkheid van zorg staat voor deze groep onder druk, terwijl zij juist de zorg het hardst nodig hebben. Daarom focussen wij in ons beleid op het verbeteren van de doorstroom en het vergroten van de uitstroom van verzekerden uit de GGZ.

We krijgen zicht op cruciale GGZ.
In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om gezamenlijk inzicht te krijgen op de benodigde capaciteit, voorzieningen en infrastructuur van (boven)regionaal cruciaal zorgaanbod. Dit moet passen bij de zorgvraag van de patiënt (IZA – pagina 60-62). Om het gesprek te voeren over de cruciale GGZ in de regio's is de Gespreksleidraad cruciale GGZ opgesteld. Zilveren Kruis neemt deze als basis voor gesprekken met zorgaanbieders over cruciale GGZ. Mochten er wijzigingen of aanpassingen zijn, dan volgen we de landelijke afspraken.

Om het zorgaanbod voor verzekerden met een complexe zorgvraag te borgen, wisselen verzekeraars signalen over het cruciale zorgaanbod met elkaar uit. Zodat deze signalen in de individuele inkoopgesprekken met de betreffende zorgaanbieders besproken kunnen worden.

Samen houden we de acute GGZ beschikbaar.
Zilveren Kruis blijft zich inzetten om de acute GGZ beschikbaar te houden voor ieder die dat nodig heeft. Van zorgaanbieders verwachten we dat zij hier regionaal een actieve bijdrage aan leveren.

2. Minder instroom in de GGZ door Mentale Gezondheidsnetwerken.

Behandeling binnen de GGZ is niet altijd de meest passende interventie. Soms vergt een hulpvraag van een cliënt de inzet van een ander domein. Om het schaarse GGZ-personeel goed te benutten, is een gerichte inzet en een scherpere afbakening van GGZ-zorg nodig.

Minder instroom in de GGZ door Mentale Gezondheidsnetwerken en verkennend gesprek.
Elke regio heeft een Mentaal Gezondheidsnetwerk. Binnen dit netwerk is het verkennend gesprek hét instrument het om te zorgen dat iemand snel op de juiste plek terechtkomt. Samen met het zorgveld en gemeenten realiseren wij Mentale Gezondheidsnetwerken. Dit doen wij binnen de bestaande financiële kaders.

De inzet van Mentale Gezondheidsnetwerken zorgt voor een reductie van de instroom in de GGZ. Daardoor blijft er meer capaciteit over voor zorgvragen die wel de inzet van de GGZ vereisen. Op de website van het landelijk programma Mentale Gezondheidsnetwerken staat alle relevante informatie en documentatie bij elkaar in de kennisbank.

In 2027 geeft u verder invulling aan de transformatie en regionale samenwerking.
Een groot deel van onze zorgaanbieders heeft in 2024 of 2025 één of meerdere transformatieplannen opgesteld met behulp van de IZA-middelen en de SPUK-transformatiemiddelen. Deze plannen richten zich op Mentale Gezondheidsnetwerken (MGN), digitale zorg of een andere, vaak inhoudelijke, transformatie.

De looptijd van de transformatieplannen is tot en met 2028. We verwachten dat in 2027 een groot deel van de opschaling in uw regio plaatsvindt, bijvoorbeeld rondom de verkennende gesprekken. In 2027 geeft u verder uitvoering aan de transformatieplannen. In uw transformatieplan heeft u samen met de regio aangegeven welke effecten u verwacht. We verwachten dan ook de eerste effecten van de transformatie in 2027 te zien. Bijvoorbeeld in de toegankelijkheid van zorg in uw regio, het voorkomen dat cliënten instromen in de lichtere doelgroep én het verschuiven van capaciteit naar de zwaardere doelgroep.

3. Behandelcapaciteit effectief inzetten voor betere toegankelijkheid.

Zilveren Kruis voelt een grote verantwoordelijkheid om actief bij te dragen aan de noodzakelijke veranderingen binnen de GGZ. Onze inzet begint aan de voorkant waarbij we inzetten op het verbeteren van de mentale gezondheid van onze verzekerden. Tegelijkertijd vinden wij het van groot belang dat de schaarse behandelcapaciteit zo effectief mogelijk wordt ingezet om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren. In het IZA hebben partijen afgesproken 6% behandelcapaciteit vrij te spelen.

Op basis van de inzichten uit het Zorgprestatiemodel (ZPM) blijven wij ons in 2027 richten op de effectieve inzet van groepsbehandeling, het op- en afschalen van zorg en een logische samenhang tussen zorgvraagtypering en setting. Ook gaan wij ervan uit dat zorgaanbieders geen exclusiecriteria meer hanteren. Behalve als hier zorginhoudelijke afwegingen voor zijn.

U hanteert geen exclusiecriteria meer.
Om de toegankelijkheid in de GGZ te vergroten, hebben partijen in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) met elkaar afgesproken dat zorgaanbieders vanaf 2026 geen exclusiecriteria meer hanteren, behalve als hier zorginhoudelijke afwegingen voor zijn.

Wij verwachten van zorgaanbieders minimaal dat zij:

- psychische stoornissen kunnen signaleren en diagnosticeren;
- kunnen werken met meervoudige en samengestelde problematiek;
- mensen met een bijkomende licht verstandelijke beperking kunnen behandelen;
- anderstaligen kunnen behandelen, eventueel met een tolk;
- bij de behandeling van verslaving integraal behandelen, waarbij verslaving en co-morbide stoornissen gelijktijdig en in samenhang worden aangepakt.

Als na de intake of tijdens de behandeling blijkt dat u onvoldoende bekwaam bent om de verzekerde te behandelen, neemt u de verzekerde niet verder in behandeling. U verwijst de verzekerde zelf door naar een passend alternatief, in overleg met de verzekerde. Daarbij zorgt u voor een warme overdracht. Zo ontlasten we de huisarts en zorgen we voor continuïteit van zorg voor onze verzekerden.

Wij stimuleren behandeling in groepen.
Het blijkt dat veel psychologische interventies minstens even effectief aangeboden kunnen worden in groepen. Door zorg meer in groepen aan te bieden, kunnen er meer mensen worden geholpen in dezelfde tijd. Daarom zien wij groepsbehandeling als een belangrijke mogelijkheid om zorgcapaciteit vrij te spelen. Wij gaan ervan uit dat u behandelingen in principe in groepsvorm aanbiedt, tenzij er zorginhoudelijke redenen zijn om dit niet te doen.

Wij verwachten dat de beschikbare behandelaren doelmatig worden ingezet.
Wij zien dat er groepsconsulten gedeclareerd worden waarbij 4 of meer behandelaren tegelijkertijd aanwezig zijn. Het schaarse personeel, dat nodig is voor het tijdig behandelen van mensen (met complexe zorgvragen), lijkt hiermee niet effectief te worden ingezet. Wij gaan ervan uit dat u in principe maximaal 2 consultregistrerende behandelaren inzet, ongeacht de groepsgrootte. Op basis van onze monitoring en gesprekken met het zorgveld merken wij dat deze inzet het meest gangbaar is.

Zorgverzekeraars werken samen om groepsbehandelingen op te schalen.
Vanaf 2027 werken zorgverzekeraars samen om passende zorgpraktijken verder op te schalen. Een impactvolle interventie binnen de GGZ is de inzet van groepsbehandelingen. Dit draagt aantoonbaar bij aan het vrijspelen van behandelcapaciteit en het verkorten van wachttijden voor cliënten.

Onze gezamenlijke inzet betekent dat wij als zorgverzekeraars:

- gezamenlijk bepalen hoe groepsbehandelingen bijdragen aan een efficiëntere inzet van behandelcapaciteit en het terugdringen van wachttijden;
- inhoudelijk sturen door uniforme KPI's en bijbehorende data-definities te gebruiken, zodat de opschaling van groepsbehandelingen eenduidig wordt ondersteund;
- de effecten van groepsbehandelingen monitoren door, waar mogelijk, gesynchroniseerd informatie op te vragen bij zorgaanbieders.

Wij vinden op- en afschalen van zorg vanzelfsprekend.
Voor de meeste patiënten wordt gedurende het gehele traject slechts 1 setting en/of 1 verblijfzwaarte gedeclareerd. Dit beperkt de doorstroom en beïnvloedt de zorgkosten. We verwachten dat er in de meeste gevallen gedurende het zorgtraject een zichtbare verandering optreedt in bijvoorbeeld de zwaarte van de setting of verblijfszwaarte.

Wij gaan ervan uit dat u de Handreiking Zorgvraagtypering GGZ[1] volgt, en op logische momenten in het behandelproces het zorgvraagtype evalueert. Voor elk zorgvraagtype geldt een richtinggevende evaluatietermijn. Wij verwachten dat u ook de keuze voor de setting en/of de verblijfszwaarte (deelprestatie verblijf) evalueert en waar nodig aanpast, met als doel de juiste zorg op de juiste plek te leveren.

Wij gaan ervan uit dat op basis van de zorgvraag van de cliënt, de best passende setting wordt gekozen. Zie voor meer informatie de NZa informatiekaart Settings in het zorgprestatiemodel. Consulten binnen de klinische setting declareert u alleen voor de opnameperiode, dat wil zeggen van de dag van opname tot maximaal de dag van klinisch ontslag. Consulten vóór of na deze opnameperiode vallen binnen één van de ambulante settings.

Wij verwachten een logische samenhang tussen zorgvraagtype en setting.
Het zorgvraagtype maakt de zwaarte van de zorg die nodig is voor de cliënt duidelijker. Met zorgvraagtypering kan makkelijker worden besproken wat gepaste en doelmatige zorg is. Eén van de doelen is om beter te voorspellen welke zorg en hoeveelheid daarvan nodig is voor groepen cliënten. En om daarover passende afspraken te maken. Daarbij is het belangrijk dat zorgvraagtypering juist wordt vastgelegd en tijdig wordt aangepast als de zorgvraag wijzigt.

Hoewel we nog met elkaar leren over zorgvraagtypering, hebben wij op basis van gesprekken met zorgaanbieders over passende zorg een conclusie getrokken over de inzet van zorgvraagtype 1 en 2. Wij vergoeden zorgvraagtype 1 en 2 niet in de klinische of hoogspecialistische setting, maar tegen het monodisciplinaire tarief (setting 2). Vanaf 2027 vergoeden wij zorgvraagtype 1 en 2 ook niet langer in de outreachende setting, maar tegen het monodisciplinaire tarief (setting 2). Daarnaast vergoeden wij vanaf 2027 diagnoses binnen de basis GGZ (bGGZ) alleen nog tegen het monodisciplinaire tarief (setting 2).

We stellen voorwaarden aan het declareren van setting Hoogspecialistische GGZ.
In het kader van de juiste zorg op de juiste plek verwacht Zilveren Kruis dat zorgaanbieders setting 8 van het Zorgprestatiemodel alleen declareren voor cliënten die hiervoor in aanmerking komen. Deze cliënten moeten voldoen aan de eisen voor hoogspecialistische zorg zoals beschreven in de Handreiking contractering setting Hoogspecialistische GGZ. Wij stellen de voorwaarde dat de zorgaanbieder, die zorg levert in setting 8 Hoogspecialistische GGZ met het keurmerk TopGGZ, 1 van de 5 Decision tools van TopGGZ gebruikt ter onderbouwing. En dit vastlegt in het patiëntdossier. Daarnaast moet de verwijsbrief in het patiëntdossier zijn opgenomen, met een onderbouwing dat behandeling in de SGGZ niet afdoende is gebleken. Zilveren Kruis kan hierop monitoren en zo nodig consequenties aan verbinden.

U zet digitale of hybride zorg in om de toegankelijkheid in de GGZ te vergroten.
Het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) benadrukken het belang van het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg, onder andere door het vrijspelen van behandelcapaciteit. De IZA-afspraak om 6% behandelcapaciteit vrij te spelen blijft hierbij centraal staan. Zilveren Kruis ziet een belangrijke rol weggelegd voor de inzet van digitale en hybride zorg om deze doelstelling te behalen.

Digitale en hybride zorg wordt steeds meer de norm.
De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders samengewerkt om de inzet van digitale en hybride zorg te versnellen. In dit kader is in kaart gebracht welke vormen van zorg geschikt zijn om hybride en digitaal te leveren. Vanaf 2026 wordt van zorgaanbieders verwacht dat behandelingen, waar mogelijk en passend, digitaal of hybride worden aangeboden. Volgens het IZA moet minimaal 70% van de behandelingen hybride aangeboden worden, waarbij minimaal 50% van de cliënten hier gebruik van maakt. Daarnaast is in het AZWA afgesproken dat hybride zorgaanbod het uitgangspunt is, tenzij er zorginhoudelijke redenen zijn waarom dit niet passend is. Zilveren Kruis verwacht dat zorgaanbieders alle cliënten actief de mogelijkheid bieden om digitale of hybride zorg te ontvangen, ook tijdens de wachttijd voor behandeling.

Vrijspelen van behandelcapaciteit door digitale en hybride zorg.
Digitale en hybride zorg kunnen op verschillende manieren bijdragen aan het vrijspelen van behandelcapaciteit. Dit kan door de indirecte tijd van behandelaren te verminderen, bijvoorbeeld via spraakgestuurd rapporteren. Daarnaast kan het zorggebruik afnemen wanneer fysieke consulten worden vervangen door digitale toepassingen, zoals autonome online EMDR of zelfhulpmodules. Digitale ondersteuning tijdens de behandeling, zoals exposure via VR of online EMDR, draagt bij aan een efficiëntere inrichting van zorgprocessen.

[1] Downloads - Zorgprestatiemodel

Voor digitale consulten zet u het label G07 op de declaratie.
Om meer inzicht te krijgen in de toepassing van digitale zorg door zorgaanbieders, vragen wij u het zorglabel G07 mee te geven op de declaratie van elk digitaal consult. Het gaat hierbij dus om directe patiëntgebonden interacties via bijvoorbeeld beeldbellen of chat (screen-to-screen- of bit-to-bit-communicatie). Als dit niet mogelijk is in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD), verzoeken wij u om hierover zo spoedig mogelijk het gesprek aan te gaan met uw EPD-leverancier om dit alsnog mogelijk te maken.

Zorgaanbieders gebruiken geschikte digitale en hybride zorgpaden en processen.
Dat doen zij zoveel mogelijk op basis van bestaande oplossingen met de status 'Kansrijk voor opschaling' en 'Pas toe of leg uit' van Digizo.nu.

Samen toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve zorg borgen voor vandaag en morgen.

Samen met zorgprofessionals merken we dat de zorgvraag harder stijgt dan je op basis van vergrijzing verwacht. Terwijl de beschikbare capaciteit onvoldoende meegroeit. In ons inkoopbeleid leest u onze visie hoe we deze maatschappelijke opgave samen met u aanpakken. Zo zorgen we voor een toekomst waarin zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit is.

De zorg verandert: minder professionals, meer zorg thuis, dichtbij of digitaal. Samen met zorgaanbieders stimuleren we zelfregie en werken met ons Zorgkantoor aan een zorgzame samenleving. Zo versnellen we de beweging Van Zorg naar Gewoon Leven. Niet iedere hulpvraag hoeft met zorg opgelost te worden. Maar als zorg nodig is, zorgen we dat die passend, doelmatig en efficiënt is. Met innovatie en transformatie verminderen we onnodige professionele zorg. Basis daarvoor zijn de regioplannen. De transformatieplannen waarin we samen investeren, borgen we in contracten.

Lees meer over hoe Zilveren Kruis onze maatschappelijke opdracht invult op onze website.

Zorg die wij inkopen

Lees in dit hoofdstuk over de zorg die wij inkopen. En wat onze overwegingen daarvoor zijn.

In 2027 hanteren wij het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 4.0.

Alle zorgaanbieders dienen met ingang van 2027 te beschikken over een passend en goedgekeurd kwaliteitsstatuut 4.0. Het LKS 4.0 geldt als basis voor declaratie.

Gerichte inkoop consultatiefunctie GGZ voor het sociaal domein in 2027

Zilveren Kruis continueert in 2027 de afspraken voor de consultatiefunctie GGZ voor het sociaal domein. Vanaf 2028 wordt dit een functie binnen het Mentale Gezondheidsnetwerk. Wilt u voor 2027 een offerte en een regionaal plan uitbrengen? Dan moet uw offerte uiterlijk 1 juli 2026 ontvangen zijn door zorginkoop.ggz@zilverenkruis.nl. De vereiste inhoud van het regionale plan en de offerte vindt u op pagina's 9 tot en met 11 van de leidraad.

Onderlinge dienstverlening in het Zorgprestatiemodel declareert u op 1 manier.

Wanneer een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder zorg verleent, is sprake van onderlinge dienstverlening. Wanneer u (een deel van) de zorg uitbesteedt aan een andere zorgaanbieder, brengt u als opdrachtgever deze zorg bij ons in rekening. Voert u (een deel van) de behandeling voor een andere zorgaanbieder uit (als opdrachtnemer)? Dan mag u deze zorg niet rechtstreeks bij ons in rekening brengen. U dient de rekening in bij de opdrachtgever.

We hanteren kwaliteitseisen voor rTMS.

Vanaf 2023 stellen wij kwaliteitseisen aan de behandeling met rTMS:

- De behandeling met rTMS moet door een rTMS-professional worden geïndiceerd.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een rTMS-professional of rTMS-technician.
- Voor beide functies geldt dat zij op het moment van uitvoeren in het bezit zijn van een geldige accreditatie van Stichting Hersenstimulatie.
- Voor de indicatie gelden de criteria zoals beschreven in de actuele ZN-circulaire GGZ-therapieën.

We hanteren (kwaliteits)eisen voor somatische bedden.

- Declaratie is uitsluitend mogelijk als er naast psychiatrische opname ook een eigenstandige opname-indicatie is vanuit het somatische specialisme. Zodra de eigenstandige psychische of somatische opname-indicatie vervalt, declareert u via de reguliere prestaties (ZPM of DBC).
- Het somatisch specialisme heeft gedurende de opname een eigen behandelverantwoordelijkheid. Een eenmalige consultatie valt daar niet onder.
- De zorgzwaarte en zorgbehoefte wordt dagelijks getoetst. Dit kan leiden tot het op- en afschalen van de bedzwaarte.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar samenwerkingsafspraken met haar verwijzers en nazorginstanties. Doel van deze afspraken is duidelijkheid te scheppen over de somatische en psychiatrische behandelmogelijkheden van de zorgaanbieder en te zorgen voor een soepele samenwerking. Deze schriftelijke samenwerkingsafspraken gaan over: opname- en ontslagcriteria, de aanmeldingsprocedure, de verdeling van verantwoordelijkheid tussen verwijzende instelling, de verwijzend medisch specialist en de psychiater, terugplaatsingsafspraken en -garantie rond ontslag, structureel overleg en het opschalen naar een hoger inhoudelijk en bestuurlijk verantwoordelijk niveau bij conflict of onduidelijkheid.
- Het complexe verpleegtechnische handelen wordt aangestuurd door een somatisch medisch specialist. De verpleegdoelen zijn vastgelegd in het behandel- en zorgplan;
- Om dubbele declaraties te voorkomen, maakt de GGZ-aanbieder daartoe afspraken met ziekenhuizen in de regio.

Wij hanteren een machtiging voor langdurig medisch verblijf in de GGZ.

Zilveren Kruis vindt het belangrijk dat bij langdurig medisch verblijf in de GGZ (langer dan 365 dagen) de verblijfscomponent noodzakelijk is voor de geneeskundige – curatieve – behandeling in de GGZ. Daarom hanteren wij een machtiging voor langdurig klinisch verblijf. U vult hiervoor de checklist langdurige GGZ in.

U vraagt een machtiging aan in de 9e maand van de behandeling. Een machtiging is maximaal 12 maanden geldig. Verlenen wij geen machtiging? Dan rondt u de behandeling af en/of laat u de cliënt doorstromen naar huis. Dit kan eventueel met ondersteuning vanuit de Wmo of de Wlz.

Wij stellen een aanvullende voorwaarde voor de toeslag psychodiagnostiek.

Zilveren Kruis wil dat de toeslag psychodiagnostiek bewust wordt ingezet. De zorgaanbieder mag per verzekerde 1 keer per jaar de toeslag declareren.

Wij vergoeden Contingency Management onder bepaalde voorwaarden.

Contingency Management is een (behandel)interventie voor drugsverslaving. Daarom vergoeden wij de toeslag Contingency management alleen bij zorgaanbieders die onder andere verslavingszorg leveren.

Doelmatige inzet van verslavingszorg

Wij vinden het van groot belang dat verslavingszorg zo doelmatig mogelijk wordt ingezet. Daarom gaan wij uit van de volgende criteria:

- U gebruikt een valide triage-instrument, zoals de MATE, om de behandelintensiteit te bepalen. Is al besloten dat opname nodig is? Dan is het gebruik van dit instrument geen verzekerde zorg.
- U werkt volgens de principes van stepped care en matched care.
- Er is een individueel behandelplan. De opnameduur is zo lang als nodig en zo kort als mogelijk. Waar mogelijk wordt tijdens de opname op- en afgeschaald.
- Tijdens de opname is er aantoonbaar therapeutisch proefverlof in de eigen omgeving. U zorgt ervoor dat de cliënt tijdens de opnameperiode kan oefenen in de eigen omgeving. Eventuele afwijkingen licht u toe in het dossier.
- Een behandeling in het verleden (afgelopen 5 jaar) mag alleen worden meegewogen in de argumentatie voor de noodzaak van klinische behandeling, als deze is geleverd door een reguliere (conventionele) zorgverlener.
- De opname is onderdeel van een ambulant zorgtraject. Hierbij is sprake van inhoudelijke overdracht en samenwerking. Er is een directe overgang van opname naar nazorg. De nazorg is een integraal onderdeel van het behandelplan en is daarin inhoudelijk beschreven. De nazorg is aantoonbaar vooraf georganiseerd en (het akkoord van de zorgverlener is) vastgelegd in het dossier. Voorafgaand aan de opname toetst u of de cliënt beschikt over een veilige en geschikte woonomgeving. Is dit niet het geval? Dan regelt u dit zoveel mogelijk vóór de start van de opname, bijvoorbeeld via een safehouse.
- U behandelt de verslaving en eventuele co-morbide stoornissen gelijktijdig en in samenhang.
- Is een opname medisch noodzakelijk voor de behandeling van verslaving? Dan gaan wij er op basis van onze data vanuit dat een 24 verblijfsdagen (6 weken inclusief verlof) voldoende zijn. Een eventuele klinische detox telt hierbij niet mee.
- In principe vergoeden wij geen opname in het buitenland als er tijdig aanbod beschikbaar is in Nederland.

Ziekenhuispsychiatrie is leidend bij de inkoop van zorg binnen een PAAZ.

Het uitgangspunt bij de inkoop van zorg binnen een PAAZ is dat ziekenhuispsychiatrie wordt geleverd. En slechts in zeer beperkte mate reguliere GGZ. Wij sluiten hierbij aan bij de inkoop van zorg zoals omschreven in de zorgstandaard Ziekenhuispsychiatrie. Wanneer uit signalen of een eventuele controle blijkt dat de zorg zich voor een aanzienlijk deel richt op reguliere GGZ, zien wij dit als niet passend en kunnen wij hier gevolgen aan verbinden.

Voor Wlz-cliënten die behandeld worden in de Zvw is de overheveling uitgesteld.

Het besluit of de behandeling wordt overgeheveld naar de Wlz wordt door VWS heroverwogen. We volgen de landelijke discussie omtrent de overheveling van de behandeling van de Zvw naar de Wlz. Als dat nodig is publiceren wij aanvullend inkoopbeleid.

Totdat er een landelijk besluit is genomen over de overheveling behandeling, kunnen wij met u het gesprek aan gaan over het 'overgangsrecht'. In goed overleg maken we waar mogelijk regionale afspraken, vooruitlopend op de landelijke duiding. We bekijken met zorgaanbieders de mogelijkheid afspraken te maken over integrale bekostiging in de Wlz. Daarnaast verkennen wij met zorgaanbieders de mogelijk van integrale bekostiging binnen de Wlz, zodat de overgang hier naartoe zo spoedig mogelijk kan plaatsvinden.

Zorgcoördinatie voor passende acute zorg

Zorgcoördinatie ondersteunt verzekerden en zorgverleners bij het vinden van passende zorg bij een acute, niet-levensbedreigende zorgvraag. Ook kan zorgcoördinatie bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in Nederland.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om zorgcoördinatie landelijk te implementeren. Vanuit de ROAZ-regio's werken partijen samen aan het inrichten en door ontwikkelen van zorgcoördinatie. Het ROAZ coördineert deze regionale uitwerking. We verwachten dat u als zorgaanbieder bijdraagt aan de implementatie van zorgcoördinatie, in lijn met het daartoe vanuit de ROAZ opgestelde transformatieplan.

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

Meer dan basiskwaliteit borgen

Zorg hoort te voldoen aan de minimumnormen van de wetenschappelijke verenigingen, van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en aan onze kwaliteitsvoorwaarden. Maar kwaliteit is voor ons meer dan het borgen van basiskwaliteit in onze contracten. We willen dat de kwaliteit continu verbetert binnen de kaders van betaalbaarheid en toegankelijkheid. Daarom vragen we ook aandacht voor ongewenste praktijkvariatie en transparantie van kwaliteit. Zo bieden we verzekerden en patiënten informatie die ze nodig hebben om weloverwogen keuzes te maken.

We zetten ons in voor verduurzaming.

Achmea, waar Zilveren Kruis onderdeel van uit maakt, bouwt aan een toekomst waarin mens, milieu en economie in balans zijn. Speerpunten zijn het verminderen van CO2-uitstoot, het investeren in groene energie en het stimuleren van duurzaam gedrag bij verzekerden en medewerkers. We ondersteunen initiatieven die bijdragen aan een gezonde leefomgeving en een sterke sociale samenleving.

Verduurzaming via zorginkoop

Zilveren Kruis wil bijdragen aan het verlagen van de klimaat- en milieu impact van de zorg. Dit doen we door, naast verduurzaming van onze eigen bedrijfsvoering, zorgaanbieders te stimuleren om (verder) te verduurzamen door in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken.

We verwachten van zorgaanbieders dat zij:

- zich inspannen om bij te dragen aan het realiseren van de doelen van de Green Deal Duurzame zorg (GDDZ);
- duurzaamheid verankeren in hun strategie; van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in hun jaarverslag of duurzaamheidsverslag rapporteren over hun duurzaamheidsprestaties voor zover beschikbaar;
- aantoonbaar voortgang boeken op de uitvoering van het mobiliteitsplan (zoals opgenomen in de GDDZ) gericht op terugdringen CO_2-emissie t.g.v. vervoerbewegingen van medewerkers via de beschikbare rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit (alleen van toepassing bij zorgaanbieders met meer dan 100 fte).

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector, zie tabel groene initiatieven voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars daartoe hebben verzameld.

Groene initiatieven zijn ook te vinden op de website van de GDDZ en Groene Zorgalliantie (GZA).

Lees meer over het landelijk uniforme zorginkoopbeleid GGZ op de website van ZN.

Voorwaarden overeenkomst

Lees in dit hoofdstuk over onze voorwaarden. Over wie voor een overeenkomst in aanmerking komt. En welke voorwaarden aan u gesteld worden.

Wij staan niet toe dat naast gecontracteerde zorg ook ongecontracteerde GGZ-zorg gedeclareerd wordt die ten laste komt van de Zvw. Ook niet als deze zorg wordt geleverd vanuit een aparte AGB-code.

Dit inkoopdocument geldt voor de volgende zorgaanbieders.

1. Zvw-instellingen met een omzet bij Zilveren Kruis tot 3 miljoen euro voor geneeskundige GGZ (gGGZ)[2]. Bepalend hiervoor zijn de declaratiedata van Zilveren Kruis voor het kalenderjaar 2025. Of zorgaanbieders die al beschikken over een overeenkomst geneeskundige GGZ-instellingen digitaal 2025;
2. Psychiatrische afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ);
3. Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK).

We volgen in dit inkoopbeleid de indeling van het Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS) GGZ. U komt in aanmerking voor een overeenkomst op grond van dit inkoopbeleid als u beschikt over een goedgekeurd LKS GGZ sectie 3 (instelling).

Beschikt u over een Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ sectie 2? Dan kunt u geen overeenkomst als instelling aanvragen. Mogelijk kunt u wel een overeenkomst als vrijgevestigde praktijk sluiten. Dit inkoopbeleid vindt u op onze website.

Zilveren Kruis kan besluiten om binnen dit inkoopbeleid met vooraf geselecteerde zorgaanbieders in gesprek te gaan over doelmatigheidsafspraken voor de inkoop van 2027. Het gaat dan bijvoorbeeld om zorgaanbieders met een uniek zorgaanbod, zorg in het buitenland of ondoelmatige zorg.

U komt in aanmerking als u voldoet aan de inkoopvoorwaarden.

In bijlage 1 vindt u deze inkoopvoorwaarden terug.

U hanteert geen exclusiecriteria meer.

Om de toegankelijkheid in de GGZ te vergroten, hebben partijen in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) met elkaar afgesproken dat zorgaanbieders vanaf 2026 geen exclusiecriteria meer hanteren. Behalve als hier zorginhoudelijke afwegingen voor zijn.

Wij verwachten van zorgaanbieders minimaal dat zij:

- psychische stoornissen kunnen signaleren en diagnosticeren[3];
- kunnen werken met meervoudige en samengestelde problematiek[4];
- mensen met een bijkomende licht verstandelijke beperking kunnen behandelen[5];
- anderstaligen kunnen behandelen, eventueel met een tolk;
- bij de behandeling van verslaving integraal behandelen, waarbij verslaving en co-morbide stoornissen gelijktijdig en in samenhang worden aangepakt.

[2] Ook kan een instelling op grond van andere criteria wel of niet vallen onder deze inkoopprocedure. Wij nemen uiterlijk 1 mei 2026 contact op met de betreffende instellingen. Heeft u in 2026 een overeenkomst met Zilveren Kruis en heeft u deze via de procedure digitale instellingen gesloten? Dan krijgt u in beginsel een uitnodiging voor de contractering 2027.

[3] Gebaseerd op het beroepsprofiel van de GZ-psycholoog

[4] Gebaseerd op het beroepsprofiel van de GZ-psycholoog

[5] Gebaseerd op het beroepsprofiel van de GZ-psycholoog

Heeft u in 2026 al een overeenkomst met Zilveren Kruis en voldoet u niet aan bovenstaande eisen?
Dan verwachten we dat u zich inzet om gedurende 2027 wel aan deze eisen te voldoen. Vanaf 2028 moet u aan de bovenstaande eisen voldoen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst.

Wij gaan met u in gesprek bij signalen over hanteren van exclusiecriteria.
Ontvangen wij signalen, bijvoorbeeld onze afdeling zorgbemiddeling, dat u onze verzekerden weigert zonder zorginhoudelijke afweging, dan nemen wij contact met u op. Hieraan kunnen wij consequenties verbinden voor uw overeenkomst.

Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich bij ons melden.

Bent u een nieuwe zorgaanbieder, voldoet u aan de voorwaarden en wilt u een overeenkomst 2027 sluiten? Dan kunt zich aanmelden via het aanvraagformulier op onze website. U bent een nieuwe zorgaanbieder als u in 2026 geen overeenkomst heeft met ons.

Nieuwe zorgaanbieders melden zich vanaf 1 mei tot uiterlijk 1 juli 2026.
Nieuwe zorgaanbieders die voldoen aan de voorwaarden en een overeenkomst voor 2027 willen sluiten, melden zich aan via het contactformulier op onze website. Dit kan van 1 mei tot 1 juli 2026. Nieuwe zorgaanbieders die zich na 1 juli 2026 bij ons melden, komen niet meer in aanmerking voor een overeenkomst in 2027.

Nieuwe zorgaanbieders contracteren we alleen voor ambulante zorg.
De afgelopen jaren hebben we ingezet op afbouw van ligdagen en opbouw van ambulante zorg. Met nieuwe zorgaanbieders maken we daarom alleen afspraken over ambulante zorg. Het is niet mogelijk voor nieuwe zorgaanbieders om verblijfsprestaties te declareren.

Nieuwe zorgaanbieders hanteren geen exclusiecriteria.
We verwachten van nieuwe zorgaanbieders minimaal dat zij:

- psychische stoornissen kunnen signaleren en diagnosticeren;
- kunnen werken met meervoudige en samengestelde problematiek;
- mensen met een bijkomende licht verstandelijke beperking kunnen behandelen;
- anderstaligen kunnen behandelen, eventueel met een tolk;
- bij de behandeling van verslaving integraal behandelen, waarbij verslaving en co-morbide stoornissen gelijktijdig en in samenhang worden aangepakt.

Nieuwe zorgaanbieders die niet aan bovenstaande minimale eisen voldoen, sluiten wij uit voor een overeenkomst met Zilveren Kruis in 2027.

Nieuwe zorgaanbieders moeten van toegevoegde waarde zijn voor het zorglandschap.
Ze leveren zorg voor de diagnosegroepen/patiënten waar wachtlijsten voor bestaan of dreigen te ontstaan.
Is er in de regio al voldoende aanbod voor de zorg die door de zorgaanbieder wordt geleverd? Dan bieden wij geen overeenkomst aan. Wij kijken hierbij bijvoorbeeld naar de gemiddelde aanmeldwachttijd in de zorgkantoorregio. Als de Treeknorm niet wordt overschreden of er is nog voldoende aanbod bij gecontracteerde zorgaanbieders in de betreffende regio, dan bieden wij geen overeenkomst aan.

Omdat wij ons in het bijzonder richten op de toegankelijkheid van zorg voor mensen met een complexe zorgvraag, beoordelen wij bij uw aanvraag of u hier een leemte in vervult. En op die manier bijdraagt aan onze zorgplicht voor deze groep. Indien u naar inzicht van Zilveren Kruis geen leemte vervult, komt u niet in aanmerking voor een overeenkomst.

We hebben een minimumomzetgrens.
We vinden dat instellingen een significante omvang moeten hebben om aan de contractuele verplichtingen te voldoen. De minimum omzetgrens is € 75.000 voor Zvw-curatieve GGZ, geleverd aan verzekerden van Zilveren Kruis (en aanverwante labels). Daarnaast moet deze zorg geleverd zijn aan minimaal 25 verzekerden. Dit bepalen wij op basis van de Zilveren Kruis (en aanverwante labels) declaratiegegevens van 1 juni 2025 tot en met 31 mei 2026.

Wij toetsen nieuwe aanbieders op financiële gezondheid.
Continuïteit van een zorgaanbieder en daarmee de continuïteit van zorg voor onze verzekerden is van wezenlijk belang. Om de continuïteit te beoordelen maken wij onder andere gebruik van de informatie uit uw jaarrekening. Deze is voorzien is van een samenstellings- en/of accountantsverklaring. Op basis van een aantal financiële ratio's (waaronder solvabiliteit, weerstandsvermogen, rentabiliteit, resultaat) maken wij een inschatting van de financiële gezondheid en het risico op (dis)continuïteit van uw organisatie. Uitgangspunt zijn de normen geformuleerd door het Waarborgfonds Zorg (WfZ). Als deze ratio's niet voldoen, behouden wij ons het recht voor geen overeenkomst aan te bieden.

Net startende zorgaanbieders vragen eerst een betaalovereenkomst aan.
Zorgaanbieders die in 2026 nog niet voldoen aan de minimumomzetgrens voor Zilveren Kruis-verzekerden, komen niet in aanmerking voor een overeenkomst 2027. Zij kunnen als ongecontracteerde zorgaanbieder declaraties bij ons indienen op basis van een betaalovereenkomst of via de verzekerde op basis van restitutie. Bij aanvraag van een betaalovereenkomst vindt een screening plaats. Alleen als u niet voldoet aan de voorwaarden voor een overeenkomst, kunt u een betaalovereenkomst aanvragen via ons online aanvraagformulier. Weigert u ons contractaanbod? Dan kunt u geen betaalovereenkomst aanvragen.

We bepalen het omzetplafond voor nieuwe zorgaanbieders op basis van declaratiegegevens.
Voor nieuwe zorgaanbieders kijken we naar de declaratiegegevens van 1 januari 2026 tot en met 31 juli 2026, waarna we een extrapolatie maken voor het hele schadejaar 2026. Dit geëxtrapoleerde volume 2026 waarderen we tegen het gemiddeld gecontracteerd tarief, om tot een basis voor het omzetplafond 2027 te komen. We kopen zorg in op basis van de bestaande capaciteit (in augustus 2026) van de zorgaanbieder en houden hierbij geen rekening met de mogelijke groei van de zorgaanbieder.

De toegankelijkheid van de GGZ heeft onze prioriteit.

De afgelopen jaren stijgt de vraag naar GGZ-zorg. Daarnaast zien wij dat onze verzekerden langer in zorg blijven. Ten slotte is er sprake van krapte op de arbeidsmarkt. Dit alles zorgt soms voor lange wachttijden in de GGZ, waardoor onze verzekerden niet altijd tijdig de juiste zorg op de juiste plek ontvangen.

Een belangrijk uitgangspunt van ons beleid is dat de wachttijden voor onze verzekerden binnen de Treeknormen vallen. Verzekerden moeten binnen deze normen kunnen starten met de intake en behandeling. Dit doen we door:

- voldoende zorg in te kopen;
- in te zetten op online zorg;
- verzekerden via zorgbemiddeling naar een andere zorgaanbieder en/of online behandeling te verwijzen.

Wij verwachten dat zorgaanbieders samenwerken aan de toegankelijkheid van de GGZ.
Zilveren Kruis sluit aan bij de landelijke ontwikkelingen van het Actieplan Wachttijden. Daarbij werken GGZ-aanbieders, verwijzers, het sociaal domein en financiers in de regio samen om cliënten zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek te bieden. In deze aanpak is aandacht voor de verbetering van de instroom, doorstroom en uitstroom van cliënten om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren. Van GGZ-aanbieders verwachten wij dat zij, daar waar de wachttijden te lang zijn, meewerken en samenwerken aan het verkorten van de wachttijden.

De afspraken die we met zorgaanbieders hierover willen maken en vastleggen in het contract zijn:

- U neemt deel aan de transfertafels of in het transfermechanisme in uw regio. Of u werkt samen met andere zorgaanbieders in uw regio om de wachttijden binnen de Treeknormen te krijgen.
- U meldt verzekerden voor wie via de reguliere kanalen geen passende behandelplek gevonden kan worden indien nodig aan bij de Regionale Doorzettingsmacht.
- U ondersteunt verwijzers (huisartsen en poh-GGZ) waar nodig in de triage met als doel verzekerden sneller te voorzien van de juiste zorg op de juiste plek. Dit kan zowel binnen als buiten de GGZ zijn. Hierbij dienen de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ (LGA) als basis.
- U levert maandelijks informatie aan bij het zorgbeeldportaal van de NZa voor het monitoren van de wachttijden.
- U schoont uw wachtlijst minimaal 2 keer per jaar op en zorgt ervoor dat het overzicht op uw website actueel is.

- U biedt cliënten op de wachtlijst ondersteuning tijdens het wachten. Dit kan bijvoorbeeld met zelfhulpmodules en via e-health. Initiatieven zoals 'Wachtkracht' en 'Wachten Waard' zijn goede voorbeelden van wachtlijstoverbrugging.
- U sluit aan bij landelijke of regionale initiatieven die bijdragen aan het verkorten van wachttijden of het verbeteren van de intake, de doorstroom of uitstroom. Maakt u hier al gebruik van, dan verwachten wij dat u dit blijft doen.
- U maakt gebruik van bijvoorbeeld de Herstelondersteunende intake of vergelijkbare methoden. Daarmee helpt u verzekerden snel naar de juiste zorg op de juiste plek ontvangt, binnen of buiten de GGZ zijn.
- U werkt integraal en domeinoverstijgend samen. Hierbij staat persoonlijk, medisch en maatschappelijk herstel centraal.
- U evalueert regelmatig de voortgang van de behandeldoelen. U kunt hiervoor gebruik maken van de online evaluatieondersteuning (Akwa). Deze ondersteunt cliënten en behandelaren bij het bepalen van behandeldoelen, het maken van evaluatie afspraken en het voeren van evaluatiegesprekken voeren. Ook geeft de online evaluatieondersteuning advies over passende vragenlijsten.
- U beschikt over uitstroomcriteria voor alle behandelingen in de GGZ en past deze toe. Zo nodig heeft u afspraken over doorstroom met andere zorgaanbieders in de GGZ-keten.
- U heeft een website met transparante informatie over behandelingen, wachttijden, vergoedingen en bereikbaarheid.
- U maakt aantoonbaar hoe u in uw regio met andere aanbieders samenwerkt om de ANW en crisisdiensten beschikbaar te houden. U kunt hiervoor ook contact opnemen met uw branche en/of beroepsvereniging.

NB: Bij het bereiken van uw zorgplafond neemt u contact op met Zilveren Kruis voordat u nieuwe verzekerden in zorg neemt.

Wij verwachten dat de aanlevering bij het Zorgbeeldportaal tijdig en correct is.
Wij verwachten van alle zorgaanbieders dat u de informatie tijdig en correct aanlevert bij het Zorgbeeldportaal, volgens de landelijke afspraken en de Transparantieregeling van de NZa. Dit geldt totdat de NZa dit niet langer van u verlangt. Doet u dit niet, dan gaan wij hierover met u in gesprek en kunnen wij hier consequenties aan verbinden.

U geeft de verwijsdatum mee in het declaratieverkeer.
Vanaf 1 januari 2026 is het verplicht om de verwijsdatum als informatie-element op te nemen in het declaratieverkeer. Voor meer informatie verwijzen wij u naar informatiekaart van de Nederlandse Zorgautoriteit. Zilveren Kruis kan monitoren hoe de aanlevering verloopt en hierover met u in gesprek gaan.

Naar verwachting geeft u vanaf 2027 vestigingsinformatie mee in het declaratieverkeer.
De Nederlandse zorgautoriteit overweegt om vanaf 2027 vestigingsinformatie als verplicht informatie-element op te nemen in het declaratieverkeer. Wij volgen deze ontwikkeling op de voet. Zodra dit informatie-element definitief is opgenomen in de regelgeving, vragen we u om vestigingsinformatie mee te geven in het declaratieverkeer.

Met de huidige declaratiedata kunnen we wachttijden alleen berekenen voor de zorgaanbieder in geheel. Daardoor kunnen we de wachttijden nog niet bekijken per vestiging. Daarom is het nodig dat de declaratiedata wordt aangevuld met informatie over de locatie waar de zorg is geleverd.

Zorgaanbieders die zich exclusief richten op specifieke groepen vinden wij onwenselijk.
Zilveren Kruis ziet dat steeds meer zorgaanbieders zich, zonder zorginhoudelijke redenen, exclusief richten op specifieke groepen verzekerden. Het gaat bijvoorbeeld om mannen of vrouwen, mensen met een zintuiglijke handicap, anderstaligen of verzekerden binnen een bepaalde beroepsgroep, zoals artsen of piloten. Daarmee worden andere verzekerden structureel uitgesloten van behandeling. Wij vinden dit, met het oog op de toegankelijkheid van zorg, een ongunstige ontwikkeling. Zo nodig nemen wij hierover contact met u op, met als doel de toegankelijkheid van zorg te vergroten.

Digitale gegevensuitwisseling voor toegankelijke, transmurale en veilige zorg.

Passende hybride zorg is één van de oplossingen voor het toekomstbestendig houden van de zorg. Transmurale en digitale samenwerking tussen zorgaanbieders is daarbij onmisbaar. Dit kan alleen met goede databeschikbaarheid en veilige gegevensuitwisseling. De Europese verordening European Health Data Space (EHDS) en de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de Zorg (Wegiz) verplichten u om zorggegevens elektronisch uit te wisselen. Hierdoor is informatie sneller beschikbaar en ontstaan er minder fouten.

Let op de nieuwe Cyberbeveiligingswet die eind 2026 ingaat.
De Cyberbeveiligingswet treedt naar verwachting eind 2026 in werking, ook voor de zorg. De NEN-normen 7510, 7512 en

7513 dekken veel, maar niet alles van deze wet. Zodra de wet geldt, moet uw cyberbeveiliging volgens de nieuwe regels op orde zijn. Tot die tijd verwachten wij dat u aan de eerdergenoemde NEN-normen voldoet.

Wij verwachten dat alle zorgaanbieders zich aansluiten op Mitz en Zorg-adresboek
Wij verwachten dat u in 2027 aangesloten bent op Mitz en Zorg-AB en ervoor zorgt dat gegevens in het adresboek volledig en actueel zijn. De beschikbaarheid van deze en andere gemeenschappelijke voorzieningen voor gegevensuitwisseling is afhankelijk van landelijke programma's en de oplevering door leveranciers. Een regionale samenwerkingsorganisatie (RSO) zorgt voor afstemming, ondersteunt bij de aansluiting en helpt u bij de uitvoering. Om digitale gegevensuitwisseling te realiseren, is het wenselijk om aansluiting bij een bestaande of nieuwe RSO te verkennen als u nog geen lid bent. Bent u geen lid? Dan verwachten wij dat u ons op verzoek informeert over de voortgang van uw aansluiting op de landelijke programma's voor gegevensuitwisseling.

Kijk voor meer informatie op het kennisplein van Zilveren Kruis en de website van Zorgverzekeraars Nederland. Voor informatie over landelijke en regionale programma's kunt u terecht op de website van RSO Nederland.

Een duidelijke implementatiestrategie op kunstmatige intelligentie (AI)
AI kan bijdragen aan een hogere productiviteit, betere zorgkwaliteit en lagere operationele kosten. Om deze potentie te benutten, streven we ernaar dat AI in 2030 een standaard onderdeel van de zorg is. Daarom verwachten we dat zorgaanbieders in 2027 een duidelijke strategie voor de toepassing en implementatie van AI hebben. En deze doorvertalen naar het gebruik van AI-toepassingen in hun primaire en ondersteunende processen.

De contractant voldoet aan de Wet toetreding zorgaanbieders.

Wij gaan ervan uit dat u aan de vereisten van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) voldoet en blijft voldoen. Voldoet u hier niet (meer) aan? Dan kunnen wij besluiten u geen overeenkomst aan te bieden of de overeenkomst met u te beëindigen. Wij beëindigen de overeenkomst in ieder geval als uw toelatingsvergunning van overheidswege wordt ingetrokken of als (uiteindelijk) blijkt dat u ten onrechte niet over een toelatingsvergunning beschikt.

Let op! Per 1 januari 2025 is de vergunningplicht onder de Wtza gewijzigd. Dit betekent dat de vergunningplicht vanaf dan ook geldt voor alle zorgaanbieders die met minder dan 11 zorgverleners zorg verlenen op grond van de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg. Zie voor meer informatie de website van het CIBG.

U houdt zich aan de vergewisplicht.

Om de instroom van ongekwalificeerde zorgverleners te voorkomen, onderzoekt de contractant bij het aannemen van nieuwe zorgverleners of zij geschikt zijn om beroepsmatig zorg te verlenen. Dit gebeurt volgens de vergewisplicht zoals vastgelegd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

Tarieven en volume

Lees in dit hoofdstuk over de tarieven en het volume. Hoe deze tot stand komen en over de publicatie van de tarieven.

We maken gebruik van Zilveren Kruis maximumtarieven voor 2027.

Voor 2027 gebruiken we de Zilveren Kruis maximumtarieven als basis. Zo is voor u helder waarop het tariefpercentage van uw contract is gebaseerd.

We hanteren een tariefopslag.

In 2027 hanteren wij een tariefopslag voor de hele monodisciplinaire setting voor het Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ in plaats van alleen voor GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten in de monodisciplinaire setting. Deze opslag komt boven op het tariefpercentage.

We maken afspraken over omzetplafonds en behandelmix.

Ook zetten we in op tariefdifferentiatie. We differentiëren onze inkoopmethodiek naar verschillende groepen zorgaanbieders. We maken afspraken over omzetplafonds. Mogelijk zijn dat deelplafonds voor 1 of meerdere settingen. Verder passen we in een aantal settingen gedifferentieerd tariefbeleid tussen beroepsgroepen en settingen toe.

In 2027 differentiëren wij het tariefpercentage.

Minder complexe zorgvragen vergoeden wij met een lager tarief. Daarmee stimuleren we een doelmatige inzet van de capaciteit voor minder complexe zorgvragen. De financiële ruimte die hierdoor ontstaat, gebruiken wij om de toegankelijkheid voor complexe zorgvragen te verbeteren. Wij verwachten dat het aantal patiënten met een complexe zorgvraag dat behandeld kan worden hierdoor toeneemt.

In 2027 differentiëren wij het tariefpercentage op basis van uw doelmatigheid.
Op basis van de gemiddelde directe behandelminuten per cliënt wordt u ingedeeld in een doelmatigheidscategorie. De declaraties van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025 vormen de basis van deze indeling. De categorie waarin zorgaanbieders worden ingedeeld heeft impact op de hoogte van het tariefvoorstel en omzetplafond.

We corrigeren de praktijkvariatie voor kenmerken van de cliëntpopulatie.
De samenstelling van uw cliënten heeft invloed op het aantal benodigde behandelminuten. Daarom houden we hier rekening mee in het model. We kijken daarbij naar leeftijd, geslacht, sociaal-economische status, diagnose en zorgvraagtypering van de verzekerden.

Als u niet binnen het doelmatigheidsmodel valt, ontvangt u het basistariefpercentage.
In 2027 kiezen wij ervoor het doelmatigheidsmodel in te zetten voor aanbieders met een homogeen, vergelijkbaar zorgaanbod, die ambulante zorg leveren in S02 en S03, met maximaal 10% klinisch, outreachend of hoogspecialistisch. Bij aanbieders met een zwaarder zorgaanbod is de behandelduur nog minder goed te voorspellen. Daarom stellen wij voor zorgaanbieders die buiten het doelmatigheidsmodel vallen het tariefpercentage vast op basis van voorgaande jaren.

Een aantal prestaties kopen we niet of onder specifieke voorwaarden in.

In bijlage 2 staan de prestaties beschreven die Zilveren Kruis niet inkoopt of onder specifieke voorwaarden.

U kunt een verzoek indienen om uw omzetplafond te verhogen.

Als u met ons 1 of meerdere omzetplafonds heeft afgesproken, kunt u tot uiterlijk 1 september van het lopende contractjaar een verwachte overschrijding melden en een onderbouwd verzoek indienen om uw omzetplafond te verhogen.

Eerst kijken we naar zorgbemiddeling
Bij een tijdig ingediend verzoek kijken we eerst of er voldoende alternatief zorgaanbod beschikbaar is bij onze gecontracteerde zorgaanbieders om onze verzekerden naar door te verwijzen. Als dat het geval is, bemiddelen wij verzekerden door en wordt uw omzetplafond niet opgehoogd.

Wanneer alternatieven ontbreken, beoordelen wij op basis van criteria
Zijn er onvoldoende alternatieve zorgaanbieders in de regio beschikbaar? Dan beoordelen we uw verzoek aan de hand van de volgende criteria:

- U verzoekt om een verruiming van uw omzetplafond, omdat u met uw huidige behandelcapaciteit meer cliënten met een complexere zorgvraag in behandeling kunt nemen.
- De situatie rondom wachttijden (die u periodiek aanlevert bij de NZa) en onze zorgplicht in uw regio.
- De groei en ontwikkeling van het aantal cliënten over het kalenderjaar. U krijgt alleen een ophoging van uw omzetplafond als het afgesproken volume gelijkmatig is verdeeld, of als er zwaarwegende redenen zijn voor een stijging gedurende het jaar.
- De Uniforme Productiemonitor (UPM) over 2027 is volledig, actueel en tijdig aangeleverd volgens de afspraken in de overeenkomst.
- De UPM's van voorgaande jaren (2025, 2026) zijn in lijn met de realisatie van het betreffende jaar.
- Uw doelmatigheid blijft op peil en is niet afgenomen ten opzichte van eerdere jaren. Hierbij kijken we onder andere naar de directe behandelminuten en de ontwikkeling van de gemiddelde kosten per cliënt.
- Uw toelichting op het verzoek is duidelijk, kernachtig en onderbouwt de toename van het aantal cliënten.

Wat gebeurt er na 1 september?
Vanaf 1 september beoordelen we of we nog extra informatie nodig hebben om uw verzoek goed te kunnen beoordelen. Zilveren Kruis streeft ernaar om binnen 2 weken na ontvangst van alle benodigde informatie een beslissing te nemen. Totdat u een reactie ontvangt, blijft uw omzetplafond ongewijzigd.

Belangrijk om te weten
- U kunt alleen een aanvraag indienen voor het lopende contractjaar.
- Een plafondverhoging kennen we alleen toe voor het behandelen van extra cliënten met een complexere zorgvraag.
- Als uit declaratiedata blijkt dat de overschrijding niet door cliëntengroei komt, behoudt Zilveren Kruis zich het recht voor om de ophoging terug te draaien.
- De hoogte van de verruiming is nooit meer dan 50% van de afspraak van het lopende contractjaar.

We willen de negatieve effecten van financiële constructies tegengaan.

Hiermee willen we de zorg betaalbaar houden. Zilveren Kruis ziet namelijk dat sommige zorgaanbieders steeds vaker gebruik maken van manieren om geld uit het zorgstelsel te halen. Een voorbeeld hiervan is het aangaan van leningen met verbonden partijen waarover een rente wordt betaald die veel hoger is dan gebruikelijk in de markt. Ook kunt u hierbij denken aan hoge huren voor vastgoed die door zorgaanbieders worden betaald aan verbonden partijen.

Zilveren Kruis roept op tot toekomstbestendige ontwikkeling van zorgvastgoed.

Vastgoed speelt een essentiële rol in het creëren van een toekomstbestendige zorginfrastructuur. We constateren dat zorgvastgoed niet altijd aansluit bij de maatschappelijke behoeften. Daarom streeft Zilveren Kruis er naar om vanuit haar positie beter betrokken te zijn bij belangrijke besluitvormingsprocessen. Beslissingen rond nieuwbouw, die een langdurige impact op het vastgoed hebben, zijn cruciaal en moeten in samenwerking met relevante stakeholders worden besproken. Daarom roept Zilveren Kruis zorgpartijen in haar kernregio's op om haar tijdig te betrekken bij hun plannen voor grote vastgoedinvesteringen.

Een vrijgevestigde praktijk onder een instellingscontract?

Dat vinden wij niet wenselijk. Wij vinden het van groot belang dat het geld in de zorg goed wordt besteed. We zien steeds meer (afdelingen binnen) instellingen die bestaan uit samenwerkingsverbanden van vrijgevestigde praktijken waarbij niet duidelijk is of dit leidt tot een aantoonbaar betere kwaliteit van zorg. Deze werkwijze lijkt wel een kosten opdrijvend effect te hebben. Dit vinden wij onwenselijk. We gaan deze constructies in 2026 nader onderzoeken en verbinden hier mogelijk consequenties aan.

We kunnen met zorgaanbieders in gesprek gaan over hoog positief resultaat.

We vinden het belangrijk om de schaarse middelen rechtvaardig te verdelen. Daarom kunnen we op ons initiatief in gesprek gaan met zorgaanbieders die in vergelijking met andere zorgaanbieders een hoger positief resultaat behalen. Daarbij zijn wij benieuwd naar een toelichting over het resultaat en kijken wij graag met de zorgaanbieder naar bestemmingen voor het resultaat en mogelijkheden om over te gaan tot lagere tariefpercentages.

Contracteerprocedure

Lees in dit hoofdstuk over de contracteerprocedure. En lees stapsgewijs hoe de contractering in zijn werk gaat. Voor zorgaanbieders die voorgaande contractperiode al een contract met ons hadden en voor zorgaanbieders die voor het eerst een contract met ons willen.

Wij publiceren ons inkoopbeleid op 1 april.

Bent u als deelnemer aan deze betreffende inkoopprocedure onduidelijkheden, tegenstrijdigheden of onvolkomenheden tegengekomen? Laat ons dit dan uiterlijk 15 mei 2026 weten via ons online contactformulier. Vermeld hierbij uw AGB-code en een opgave van de correctievoorstellen en eventuele onderbouwing van de tegenstrijdigheid of onvolkomenheid. Bezwaren tegen (delen van) dit document en de bijlagen (bijvoorbeeld met betrekking tot criteria, termijnen, werkwijze) maakt u op dezelfde wijze kenbaar.

We kopen de zorg in via een digitale contracteerprocedure.

Met alle zorgaanbieders maken we afspraken in het zorginkoopportaal van VECOZO. Om te kunnen inloggen op het zorginkoopportaal van VECOZO heeft u een geldig persoonlijk certificaat nodig met de juiste autorisatie. Het verwerken van een aanvraag kost maximaal 5 werkdagen. We adviseren u daarom om uw aanvraag op tijd in te dienen. Ga naar vecozo.nl/aanvragen-en-wijzigen, kijk bij aanvragen en wijzigen voor zorgaanbieders en vul het online formulier zorginkoopportaal in. U kunt uw overeenkomst digitaal ondertekenen tot en met 10 november 2026.

Het is van belang dat u uw gegevens in Vektis bijhoudt.

We maken zo veel mogelijk gebruik van bestaande bronnen. Dit doen we om de administratieve lasten te beperken. Het is van belang dat al uw registraties volledig en actueel zijn. Uiterste consequentie van onjuiste of onvolledige registratie kan zijn dat u geen overeenkomst kunt sluiten.

U ziet direct of een overeenkomst is gesloten.

Door het sluiten van een overeenkomst geeft u aan dat u op de hoogte bent van de inhoud van dit document, inclusief bijlagen. U geeft hiermee onvoorwaardelijk akkoord op onze inkoopprocedure en de hieraan verbonden voorwaarden, waaronder de overeenkomst 2027. U kunt de overeenkomst inzien en daarna de vinkjes voor akkoord zetten. U ziet dan de bevestiging dat de overeenkomst is gesloten en u kunt de door Zilveren Kruis ondertekende overeenkomst downloaden. Op 12 november 2026 maken wij bekend aan onze verzekerden welke zorgaanbieders wij gecontracteerd hebben.

Planning en termijnen

Lees in dit hoofdstuk welke data belangrijk zijn. Zodat we met elkaar op tijd de afspraken voor het nieuwe jaar rond hebben.

Datum	Onderwerp	Wie
1 april 2026	Publicatie inkoopbeleid GGZ-instellingen digitaal 2027	Zilveren Kruis
1 mei 2026	Start aanmelding nieuwe zorgaanbieders	Zorgaanbieder
Uiterlijk 15 mei 2026	Laatste dag voor opmerkingen en om vragen te stellen over het inkoopbeleid GGZ-instellingen digitaal 2027	Zorgaanbieder
Uiterlijk 1 juli 2026	Uiterste datum actualisatie Vektis door zorgaanbieder	Zorgaanbieder
1 juli 2026	Sluiting aanmelding nieuwe zorgaanbieders	Zorgaanbieder
1 september 2026	Sluiting aanmelding overeenkomst GGZ-instellingen digitaal 2027	Zorgaanbieder
Uiterlijk 30 september 2026	Communicatie uitkomst aanvraag nieuwe aanbieders over de overeenkomst 2027.	Zilveren Kruis
Uiterlijk 30 september 2026	Opening vragenlijst in de Uitvraagmodule van het Zorginkoopportaal van VECOZO.	Zilveren Kruis
12 november 2026	Alle contractanten voor 2027 zijn voor onze klanten zichtbaar op de Zorgzoeker van Zilveren Kruis.	Zilveren Kruis

Bereikbaarheid tijdens de zorginkoop

Heeft u vragen over het inkoopbeleid, het zorginkoopproces, de overeenkomsten of andere onderwerpen die hiermee te maken hebben? Veel antwoorden vindt u op onze website. Staat uw antwoord er niet tussen? Neem dan gerust contact met ons op.

Naleving en controle

In dit hoofdstuk leest u meer over hoe wij met naleving van (contract)afspraken en controles van declaraties omgaan.

Zilveren Kruis wil haar klanten verzekeren van kwalitatief goede en toegankelijke zorg.

Eén van onze verantwoordelijkheden is het beoordelen of de zorg die vergoed wordt, aan de wettelijke eisen voldoet en/of feitelijk en terecht geleverd is. Wij kennen hiervoor de volgende controleprocessen:

- Materiële controle
- Formele controle
- Fraudeonderzoek

Lees over de controlemethodiek in ons controle jaarplan Zvw.

Hierin staan ook de verschillende stappen beschreven. Natuurlijk voeren wij onze controles uit met inachtneming van de privacywetgeving (AVG en UAVG). Het controle jaarplan vindt u op onze website.

Wij kunnen spiegelinformatie inzetten als eerste stap in ons controleproces.

Spiegelinformatie geeft u inzicht in uw declaratiegedrag ten opzichte van uzelf en/of andere zorgaanbieders. Ziet u eventuele foutieve of afwijkende declaraties? Dan corrigeert u die eenvoudig zelf. U ontvangt altijd een e-mail over de inzichten uit de spiegelinformatie. U kunt schriftelijk reactie geven of we maken een afspraak om het met elkaar door te nemen. Afhankelijk van de uitkomsten vervolgen we daarna al dan niet het controleproces.

Wij beoordelen of de (contract)afspraken worden nageleefd.

Wij onderzoeken of zorgaanbieders zich aan de met Zilveren Kruis overeengekomen afspraken houden. Dit zijn bijvoorbeeld afspraken over zorgkosten, kwaliteit, doelmatigheid en transparantie. Ook hiervoor kunnen we spiegelinformatie inzetten. Net als voor het delen van de voortgang op onze beleidsthema's.

Normenkader voor verantwoording van zorgondersteunende activiteiten.

Zilveren Kruis sluit bij de inkoop van zorgondersteunende activiteiten aan bij de eisen van de NZa, het Zorginstituut en het ministerie van VWS. Zorgondersteunende activiteiten zijn collectieve activiteiten die aantoonbaar bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van Zvw-verzekerde zorg. Ze zijn niet gericht op individuele zorgverlening aan een patiënt. Ook zijn ze erkend als integraal onderdeel van Zvw-verzekerde zorg. Wij kopen zorgondersteunende activiteiten in via vastgestelde NZa prestatiebeschrijvingen; waaronder de overige functies van de Mentale Gezondheidsnetwerken (MGN).

Zorgaanbieders leggen hun activiteiten vast voor de verantwoording van zorgondersteunende activiteiten.
Dit doen zij in een verplichte projectadministratie. Deze administratie bevat een compleet overzicht van de werkelijke kosten en activiteiten over 2027 en een bestuursverklaring.

Wij evalueren jaarlijks de activiteiten van de zorgaanbieders.
Bevindingen uit het evaluatiegesprek gebruiken we om afspraken voor het volgende jaar aan te scherpen. Zo verbeteren we samen stap voor stap de resultaten en werken we aan een duurzaam stelsel voor alle zorgondersteunende activiteiten. Deze werkwijze zorgt voor transparantie en proportionele verantwoording.

Wij voeren controles uit als daar aanleiding voor is.
Het controleren of zorg die we vergoeden voldoen aan de wettelijke eisen is 1 van onze verantwoordelijkheden. Ook controleren wij of zorgaanbieders zich houden aan afspraken die zij met ons maken. Daarnaast kunnen we de feitelijke onderbouwing van de projectadministratie controleren als aanvulling op het evaluatiegesprek. Natuurlijk voeren wij deze controles uit met inachtneming van de privacywetgeving (AVG en UAVG).

Aanvullingen en wijzigingen

Dit inkoopbeleid is gepubliceerd op 1 april 2026. Het is mogelijk dat hierop later aanvullingen of wijzigingen komen. Houdt u dit zelf goed in de gaten! U vindt deze aanvullingen en wijzigingen bij uw inkoopbeleid op zk.nl/zorgaanbieders. Andere onderwerpen die interessant zijn voor u vindt u daar ook.

Bijlage (1): Inkoopvoorwaarden curatieve GGZ 2027

In de inkoopvoorwaarden staan de eisen die we aan elke zorgaanbieder stellen. Voldoet u aan alle voorwaarden? Dan komt u in aanmerking voor een overeenkomst.

Kunt u de volgende vragen met 'ja' beantwoorden?

1. Staan de UBO's (Ultimate Beneficial Owners) van de zorgaanbieder waarmee we een overeenkomst aangaan ingeschreven in het UBO-register en houdt u deze gegevens actueel, tenzij dit niet van toepassing is?
2. Heeft u aantoonbaar de geldende governancecode zorg ingevoerd (voor zover van toepassing, zie governancecodezorg.nl / 'Toepassing in specifieke situaties')?
3. Voldoet u aan de Wtza en, voor zover van toepassing, aan de verplichtingen die in verband met de invoering van de Wtza, in andere wetten zijn opgenomen?
4. Werkt u systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit met behulp van ISO-, HKZ-certificering of een vergelijkbare certificering?
5. Bent u verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 per gebeurtenis, of heeft u deze verzekering per 1 januari 2027 afgesloten?

Kunt u de volgende vragen met 'nee' beantwoorden?

1. Is tegen de zorgaanbieder bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht?
2. Heeft de zorgaanbieder zich ernstig schuldig gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de offerte (kunnen) worden verlangd, of de voor de offerte relevante inlichtingen niet verstrekt?
3. Verkeert de zorgaanbieder in staat van faillissement of liquidatie, zijn diens werkzaamheden gestaakt, of geldt een surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord, of verkeert de zorgaanbieder in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving?
4. Is tegen de zorgaanbieder een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde van toepassing volgens de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met zijn beroepsgedragsregels?
5. Heeft de zorgaanbieder in de uitoefening van zijn beroep de afgelopen 3 jaar een ernstige fout begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken? Hieronder wordt in ieder geval aangemerkt:
   a. het doen van een gift of belofte of het aanbieden van een dienst indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd iemand iets te laten doen wat in strijd is met zijn plicht;
   b. het vervalsen of valselijk opmaken van een geschrift dat bestemd is om tot bewijs van enig feit te dienen;
   c. het verstrekken van onjuiste gegevens of het ten onrechte niet verstrekken van juiste gegevens, indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd financieel voordeel te behalen (vermoeden van fraude);
   d. het handelen of nalaten waardoor de lichamelijke integriteit van werknemers of andere personen ernstig in gevaar wordt gebracht;
   e. het opgelegd hebben gekregen van een boete of last onder dwangsom in de zin van artikel 56 van de Mededingingswet;
   f. het in het kader van de uitvoering van een opdracht hebben begaan van een onrechtmatige daad waaruit ernstige schade is voortgevloeid, met dien verstande dat de onder a tot en met f genoemde gedragingen plaatsvinden in het kader van de beroepsuitoefening;
6. Heeft de zorgaanbieder niet aan zijn verplichtingen voldaan t.a.v. de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland?
7. Heeft de zorgaanbieder niet aan zijn verplichtingen voldaan t.a.v. de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland?

Bijlage (2): Prestaties die we niet of onder voorwaarden inkopen

We hebben keuzes gemaakt in welke zorg we wel, niet of deels inkopen. Concentratie en spreiding is één van de redenen om tot deze keuzes te komen. Daarom kopen we sommige zorg en/of prestaties niet (bij elke zorgaanbieder) in. Het betreft de volgende prestaties:

- De deelprestaties verblijf in verblijfscategorie A, G en H worden alleen in bijzondere gevallen afgesproken en vergoed.
- De setting Hoogspecialistisch GGZ (contractvoorwaarde) mag u alleen declareren als wij hierover een specifieke contractafspraak met u hebben gemaakt.
- Voor zorgvraagtype 1 en 2 vergoeden wij geen zorg in de klinische, hoogspecialistische of outreachende setting. Deze zorg vergoeden wij tegen het monodisciplinaire tarief (setting 2).
- Basis GGZ-diagnoses (bGGZ) vergoeden wij alleen nog tegen het monodisciplinaire tarief (setting 2).
- Verblijf met rechtvaardigheidsgrond (VMR). In uitzonderlijke situaties vergoeden we tijdelijk voortgezet verblijf vanuit de Zvw, ondanks dat dit verblijf niet meer medisch noodzakelijk is. Dit doen we alleen wanneer ontslag medisch gezien verantwoord is, maar de noodzakelijke vervolgvoorzieningen ontbreken. Daarnaast verwachten we van u dat u zich houdt aan de voorwaarden die in de overeenkomst zijn vastgesteld.
- In het kader van concentratie en spreiding van de GGZ spreken wij de overige prestatie Elektroconvulsietherapie (ECT) in 2027 alleen af als u hiervoor in 2026 een contractafspraak had.
- We hanteren kwaliteitseisen voor rTMS.
- De toeslag Spravato kopen we niet in tenzij hierover specifieke afspraken gemaakt zijn.
- De consultatiefunctie Sociaal Domein kopen wij in 2027 bij een beperkt aantal zorgaanbieders in.
- Voor somatische bedden stellen wij aanvullende (kwaliteits)eisen.
- De toeslag psychodiagnostiek kunt u per verzekerde maximaal 1 keer per jaar declareren.
- De toeslag Contingency Management vergoeden wij alleen bij instellingen die onder andere verslavingszorg leveren.