

Inkoopbeleid

Geestelijke Gezondheidszorg 2026



COÖPERATIE VGZ

Voorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.



Inhoud

Samenwerken aan toekomstbestendige zorg	3
Onze visie op Geestelijke Gezondheidszorg	4
Geestelijke Gezondheidszorg & VGZ	6
Voor wie is dit inkoopbeleid bedoeld?	6
Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van vorig jaar	6
Procedure zorginkoop	8
Onze minimumeisen voor zorgaanbieders	8
Zo kopen wij zorg in	8
Zo kopen wij zorg in bij nieuwe zorgaanbieders	15
Onze zorgplicht	16
Planning zorginkoop	17
Belangrijke acties en deadlines	17
Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod	22
Onze bereikbaarheid tijdens zorginkoop	22
Voorwaarden en naleving	23
Wijzigingen/aanvullingen op ons inkoopbeleid	23
Algemeen controleplan	23
Geen aanbesteding	23
Bijlagen	24
1. Overzicht alle wijzigingen ten opzichte van vorig jaar	25
2. Onze minimumeisen voor zorgaanbieders	28

Samenwerken aan toekomstbestendige zorg

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

Van zorg naar gezondheid

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

Impactvolle transformatie

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



Meer zelf, meer thuis, meer digitaal

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

Transformatie in ons inkoopbeleid

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

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

Cas Ceulen,
Chief Health Officer Coöperatie VGZ

Onze visie op Geestelijke Gezondheidszorg

We staan voor grote uitdagingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De toekomstbestendigheid staat onder druk door de toenemende vraag en de steeds krappere arbeidsmarkt. Juist daarom vinden we het belangrijk dat er voor onze leden met mentale hulpvragen voldoende en kwalitatief (zorg)aanbod en ondersteuning beschikbaar is. Ons uitgangspunt hierbij is de juiste hulp of zorg, op de juiste plek en op het juiste moment.

Onze focus ligt op de toegankelijkheid van de GGZ. We stimuleren onze leden zelf aan de slag te gaan met hun mentale gezondheid en zetten in op initiatieven die medicalisering voorkomen. Daar waar GGZ nodig is, vinden we het belangrijk dat onze leden passende en doelmatige zorg ontvangen. Daarom begeleiden we onze leden naar de best passende zorg én naar de snelst beschikbare plek. Onderdeel van passende zorg is het inzetten op digitalisering. We benutten de mogelijkheden die technologie en data ons bieden.

Met deze focuspunten zorgen we er samen voor dat de schaarse zorgcapaciteit optimaal benut wordt, wachtlijsten korter worden en we bijdragen aan de toekomstbestendigheid van de geestelijke gezondheidszorg.



Bekijk onze hoofdpunten op de website

[Toegankelijke zorg >](#)

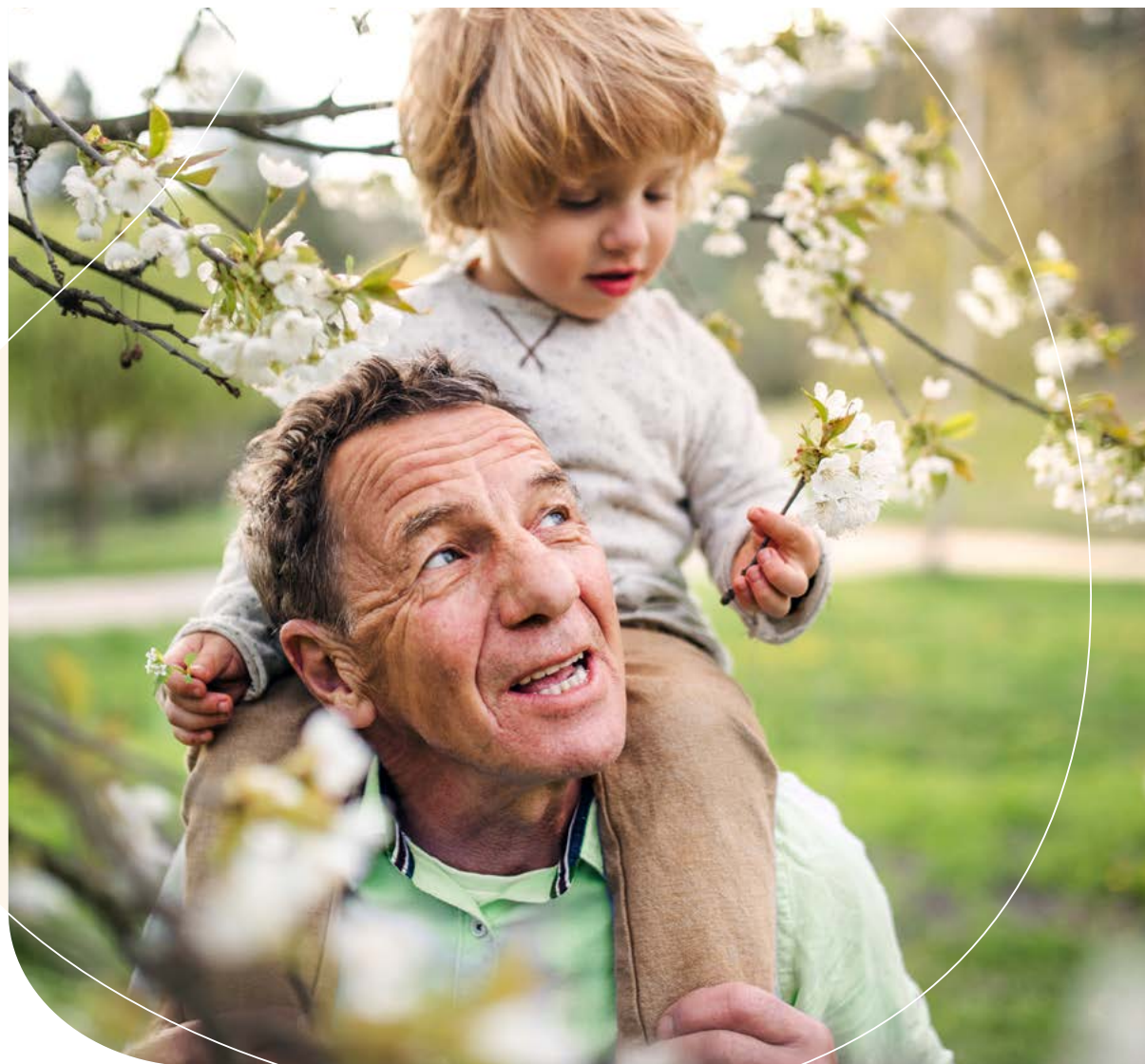
[Passende en doelmatige GGZ >](#)

[Digitale GGZ >](#)

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 >](#)



Geestelijke Gezondheidszorg & VGZ

Voor wie is dit inkoopbeleid bedoeld?

De informatie in dit inkoopbeleid is van toepassing op zorgaanbieders binnen de Geestelijke Gezondheidszorg die zorg leveren op basis van de landelijke settings van het Zorgprestatiemodel:

1. Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II
2. Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III - monodisciplinair
3. Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III - multidisciplinair
4. Outreachend
5. Klinisch (exclusief forensische zorg)
6. Forensische en beveiligde zorg, niet klinisch
7. Forensische en beveiligde zorg, klinisch
8. Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarden)

Voor de volgende, specifieke zorg geldt een ander beleid of wordt het beleid op een andere plaats toegelicht:

POH-GGZ

Meer informatie over ons beleid voor POH-GGZ is te vinden in het inkoopbeleid [Huisartsenzorg](#).

Mentale gezondheidsnetwerken en verkennende gesprekken

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om vanaf 2025 mentale gezondheidsnetwerken en verkennende gesprekken te contracteren. Hiervoor heeft het landelijke programma Mentale gezondheidsnetwerken de [Leidraad contractering Mentale gezondheidsnetwerken](#) opgesteld. We contracteren mentale gezondheidsnetwerken en verkennende gesprekken in onze kernwerkgebieden via de regionale huisartsenorganisaties (RHO's). Meer informatie over ons beleid voor mentale gezondheidsnetwerken en verkennende gesprekken is te vinden in het inkoopbeleid [Huisartsenzorg](#).

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](#).



Grens handmatige en digitale contractering

We maken in onze inkoop onderscheid tussen handmatige contractering en digitale contractering. Voor 2025 vielen zorgaanbieders met een zorgkostenplafond tot € 3 miljoen onder digitale contractering en zorgaanbieders met een zorgkostenplafond van € 3 miljoen of hoger onder handmatige contractering. Hiervoor gebruikten we 2020 als peiljaar. Voor 2026 houden we een zorgkostenplafond van € 5 miljoen met peiljaar 2024 aan als grens tussen digitale en handmatige contractering.

Deelname aan crisisdienst door psychiater verwerkt in tarieven voor vrijgevestigde praktijken

De regionale crisisdienst is één van de meest cruciale functies binnen de GGZ. Voldoende bemensing van de regionale crisisdienst is een gedeelde, landelijke opgave. We willen zorgaanbieders stimuleren hieraan deel te nemen.

Voor 2026 hanteren we een nieuwe mogelijke afslag op de tarieven van vrijgevestigde praktijken. Het gaat om een afslag op het tarief wanneer een vrijgevestigde psychiater niet bereid is deel te nemen aan de regionale crisisdienst. We houden hierbij rekening met de persoonlijke situatie van de zorgaanbieder.

Aanvullende criteria voor contractaanvragen en verhogingsaanvragen zorgkostenplafond

We hanteren bepaalde criteria bij het beoordelen van verhogingsaanvragen voor het zorgkostenplafond en contractaanvragen. Voor 2026 hebben we hier 3 criteria aan toegevoegd. In onze beoordeling nemen we mee of:

- De zorgaanbieder deelneemt aan de regionale crisisdienst. We houden hierbij rekening met de persoonlijke situatie van de zorgaanbieder.
- De zorgaanbieder exclusiecriteria hanteert waardoor het aanbod niet aansluit op geconstateerde knelpunten.
- De zorgaanbieder van sectie is gewisseld (van vrijgevestigde naar instelling of andersom).

Aanvullingen minimumeisen

Voor 2026 hebben we minimumeisen aangepast of toegevoegd om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. De belangrijkste gewijzigde of toegevoegde minimumeisen zijn:

- De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, de werkzaamheden zijn niet gestaakt, er geldt geen surseance van betaling of een (faillissements)akkoord én er zijn geen (acute) problemen rondom liquiditeit of een dreigend faillissement zodanig dat de continuïteit van zorgverlening wordt bedreigd.
- De zorgaanbieder hanteert alleen een eigen bijdrage door verzekerden voor zorg waar de verzekerde vrijwillig gebruik van kan maken, en niet voor verzekerde zorg ten laste van de Zorgverzekeringswet. De verzekerde kan dus ook zonder eigen bijdrage gebruik maken van het zorgaanbod van de zorgaanbieder.
- De zorgaanbieder heeft een actuele website waar in ieder geval het actuele Kwaliteitsstatuut, de wachttijden, de contactgegevens en een toelichting over het zorgaanbod en de vergoedingen (bijvoorbeeld wat wél Zvw is en wat niet) te vinden zijn.



Procedure zorginkoop

Onze minimeisen voor zorgaanbieders

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

Zo kopen wij zorg in

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

Voor het inkopen van geestelijke gezondheidszorg maken we onderscheid in:

- Handmatig gecontracteerde zorgaanbieders
- Digitaal gecontracteerde zorgaanbieders, te onderscheiden in:
 - Vrijgevestigde praktijken
 - Instellingen (inclusief Psychiatrische Afdelingen Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) en Psychiatrische Universitaire Klinieken (PUK))

Handmatig gecontracteerde zorgaanbieders

Zorgaanbieders waarmee we voor 2024 een zorgkostenplafond van € 5 miljoen¹ of hoger hebben afgesproken, kunnen een overeenkomst sluiten op basis van inkoopgesprekken met een zorginkoper. Daarom spreken we in dit geval van handmatig gecontracteerde zorgaanbieders.

Voor zorgaanbieders die in 2025 een overeenkomst hebben, stellen we de uitvraagmodule in VECOZO open. Zorgaanbieders vullen deze vragenlijst in. Onder andere op basis van deze vragenlijst starten de onderhandelingen. Zorgaanbieders bieden bij voorkeur vóór **16 september 2025**, maar uiterlijk **30 september 2025** een eerste offerte (inclusief inhoudelijke toelichting) aan. Deze deadline is van toepassing, tenzij er over het procesverloop en de tijdsplanning van het zorginkoopproces schriftelijk en uitdrukkelijk afwijkende afspraken zijn gemaakt. Wij beoordelen de offerte en doen een tegenvoorstel, of gaan akkoord. Vervolgens bieden we een tarievenlijst en overeenkomst aan in VECOZO, die de zorgaanbieder daar kan accepteren.

Als zorgaanbieders aantoonbaar zinnige en passende zorg leveren, staan wij ervoor open om zorg op basis van meerjarenafspraken in te kopen. Zorgaanbieders kunnen hiervoor contact opnemen met hun zorginkoper.

Tarieven

Voor 2026 gebruiken we bij het inkopen van zorg een eigen tarievenlijst, met een gedifferentieerd tariefpercentage voor alle prestaties. In het contractaanbod dat zorgaanbieders van ons ontvangen, staat meer informatie over de hoogte en de totstandkoming van de tarieven.

¹ In sommige gevallen kunnen we besluiten om ook zorgaanbieders die in 2024 een zorgkostenplafond van minder dan € 5 miljoen hadden, handmatig te contracteren. Bijvoorbeeld zorgaanbieders die onderdeel zijn van het ADHD-netwerk of een nog op te zetten netwerk. Bij zorgaanbieders die onderdeel zijn van een groep zorgaanbieders die wij in gezamenlijkheid inkopen, geldt de totale omzet van deze groep als uitgangspunt om te bepalen of we handmatig contracteren.

Zorgkostenplafond

We hanteren een zorgkostenplafond voor handmatig gecontracteerde zorgaanbieders. Er is geen sprake van een gegarandeerd minimum. Het zorgkostenplafond is onderdeel van onze zorginkoop, omdat het een belangrijk middel is om grip te houden op de zorgkosten binnen de GGZ. Het betekent dat we een maximum aan kosten aan zorgaanbieders uitbetalen binnen de looptijd van de overeenkomst. Deze uitbetaling vindt plaats op basis van de ingediende en goedgekeurde declaraties. Declaraties die zorgaanbieders boven het zorgkostenplafond indienen, vergoeden wij niet. Om gedurende het hele jaar zorg te kunnen verlenen, is het belangrijk dat zorgaanbieders behandelingen binnen het zorgkostenplafond gelijkmatig over het jaar verspreiden.

Op de pagina [Zorgkostenplafond](#) staat meer informatie over waarom we een zorgkostenplafond gebruiken en hoe zorgaanbieders hiermee kunnen omgaan.

Verhoging zorgkostenplafond aanvragen

Verwacht de zorgaanbieder het zorgkostenplafond in 2026 voortijdig te bereiken? Dan vragen we om dit zo spoedig mogelijk (in ieder geval bij het bereiken van 70% van het zorgkostenplafond) kenbaar te maken. Als de zorgaanbieder een verhogingsaanvraag wil indienen, dan kan dat via ons [online aanvraagformulier](#). Na ontvangst van een verhogingsaanvraag onderzoeken we eerst of er voldoende alternatief zorgaanbod beschikbaar is voor onze verzekerden. Stellen we vast dat er voldoende alternatief zorgaanbod beschikbaar is? Dan wordt de verhogingsaanvraag van het zorgkostenplafond afgewezen. Stellen we vast dat er onvoldoende alternatief zorgaanbod beschikbaar is? Dan nemen we de verhogingsaanvraag in behandeling.

Vervolgens beoordelen we de verhogingsaanvraag onder andere op de volgende punten:

- Ons beeld van de toegankelijkheid in de regio
- De mate waarin de gemiddelde zorgkosten zijn gestegen ten opzichte van 2025
- Het al dan niet tijdig en volledig aanleveren van de (VGZ-)productiemonitor door de zorgaanbieder

Als er voor de beoordeling van de verhogingsaanvraag meer informatie nodig is, vragen wij deze informatie op bij de zorgaanbieder. Nadat we de verhogingsaanvraag en de benodigde informatie hebben ontvangen, informeren we de zorgaanbieder binnen 4 weken over de uitkomst van de verhogingsaanvraag.

Digitaal gecontracteerde zorgaanbieders

Zorgaanbieders waarmee we voor 2024 een zorgkostenplafond van minder dan € 5 miljoen hebben afgesproken, kunnen een overeenkomst sluiten op basis van een digitaal contracteerproces. Om dit digitale proces soepel te laten verlopen, is het belangrijk dat zorgaanbieders hun gegevens in VECOZO en bij Vektis actueel houden.

Binnen digitale contractering maken we onderscheid tussen vrijgevestigde praktijken en instellingen. Het betreft hier zorgaanbieders met één van de volgende overeenkomsten:

- Zorgovereenkomst Geestelijke Gezondheidszorg VGZ Vrijgevestigde Praktijk
- Zorgovereenkomst Geestelijke Gezondheidszorg VGZ Digitaal Gecontracteerde Instelling

Vrijgevestigde praktijken

Voor vrijgevestigde praktijken kopen we alleen zorg in voor setting 1. Dit is conform het Landelijk Kwaliteitsstatuut sectie II.

Vrijgevestigde praktijken die in 2025 een overeenkomst hebben en voldoen aan de minimumeisen voor 2026, ontvangen automatisch een vragenlijst voor een overeenkomst voor 2026. Deze vragenlijst bieden we aan in VECOZO. Op basis van deze vragenlijst beoordelen wij of de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een overeenkomst. Als dit het geval is, ontvangen zij een niet-onderhandelbaar contractaanbod. De zorgaanbieder kan de overeenkomst accepteren in VECOZO.

Zorgaanbieders die in 2025 onvoldoende kwalitatieve zorg leveren óf zich naar ons oordeel aantoonbaar niet hebben gehouden aan eerdere afspraken of overeenkomsten, ontvangen niet automatisch een vragenlijst in VECOZO en komen daarmee niet automatisch in aanmerking voor een overeenkomst voor 2026.

Tarieven vrijgevestigde praktijken

De tarieven voor vrijgevestigde praktijken komen tot stand op basis van een door ons vastgesteld tariefpercentage van de maximum NZa-tarieven. We maken gebruik van een basistariefpercentage. Hierop kunnen we op- en afslagen toepassen. De tarieven die een zorgaanbieder ontvangt, zijn terug te vinden in het contractaanbod.

We passen een opslag op de tarieven toe wanneer de zorgaanbieder in het bezit is van:

- Een goedgekeurd en gepubliceerd Landelijk Kwaliteitsstatuut.

En:

- Een visitatiecertificaat van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP), of de Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP). Naast bovenstaande visitaties voldoen psychiaters ook aan dit criterium op grond van hun BIG-registratie. Er is dus geen separaat visitatiecertificaat nodig.

En/of:

- Het Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ van de Stichting KiBG.

En/of:

- Het KeurmerkPlus van de Stichting KiBG óf zich beschikbaar stelt voor consultatie door huisartsen op basis van een voor 2026 getekende overeenkomst met een RHO.

We kunnen een afslag toepassen op de tarieven wanneer een vrijgevestigde psychiater niet bereid is deel te nemen aan de regionale crisisdienst.

De precieze criteria voor de tariefopslagen en -afslag lichten we toe in de aanbestedingsbrief bij het contractaanbod.

Zorgkostenplafond vrijgevestigde praktijken

We hanteren voor vrijgevestigde praktijken met een AGB-code startend met de cijfers '94' **géén** zorgkostenplafond. Voor vrijgevestigde praktijken met een AGB-code startend met de cijfers '03' hanteren we **wél** een zorgkostenplafond.

Het zorgkostenplafond voor 2026 baseren we op het zorgkostenplafond van 2025, inclusief eventuele verhoging van het zorgkostenplafond 2025. We behouden ons het recht voor om een lager zorgkostenplafond voor 2026 aan te bieden ten opzichte van 2025 wanneer de daadwerkelijke realisatie (goedgekeurde en uitbetaalde declaraties van behandelingen) in 2025 lager lag dan het zorgkostenplafond, of wanneer het zorgkostenplafond van 2025 niet passend is ten aanzien van de doelmatigheid of rechtmatigheid van zorg.

Het zorgkostenplafond is onderdeel van onze zorginkoop, omdat het een belangrijk middel is om grip te houden op de zorgkosten binnen de GGZ. Het betekent dat we een maximum aan kosten aan zorgaanbieders uitbetalen binnen de looptijd van de overeenkomst. Deze uitbetaling vindt plaats op basis van de ingediende en goedgekeurde declaraties. Declaraties die zorgaanbieders boven het zorgkostenplafond indienen, betalen wij niet uit. De zorgaanbieder dient wel te blijven declareren, ook al vindt er geen uitbetaling plaats. Om gedurende het hele jaar zorg te kunnen verlenen, is het belangrijk dat zorgaanbieders behandelingen binnen het zorgkostenplafond gelijkmatig over het jaar verspreiden.

Op de webpagina [Zorgkostenplafond](#) staat meer informatie over waarom we een zorgkostenplafond gebruiken en hoe zorgaanbieders hiermee kunnen omgaan.

Verhoging zorgkostenplafond aanvragen

Verwacht de zorgaanbieder het zorgkostenplafond in 2026 voortijdig te bereiken? Dan kunnen zorgaanbieders **vanaf 1 april 2026 tot en met 31 juli 2026 17.00 uur** een verhoging van het zorgkostenplafond aanvragen via het [aanvraagformulier](#). Alleen correcte en volledig ingevulde aanvragen, die op tijd zijn ingediend via het aanvraagformulier, nemen we in behandeling.

Een verhogingsaanvraag beoordelen we onder andere op:

- De personele capaciteit (in fte) en het VGZ-marktaandeel
- De huidige wachttijden (gebaseerd op bijvoorbeeld de landelijke door zorgaanbieders aangeleverde wachttijdinformatie, informatie van onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling en declaratiedata), in relatie tot onze zorgplicht in desbetreffende regio
- Inzicht in de doelmatigheid van de geleverde zorg, o.a. door inzicht in de (ontwikkeling van de) gemiddelde kosten per cliënt
- De algemene groei en ontwikkeling van het aantal cliënten met een zorgvraag
- De mate waarin de geleverde zorg voldoet aan de geldende wet- en regelgeving en de stand van wetenschap en praktijk
- De mate waarin de zorgaanbieder samenwerkingsafspraken heeft gemaakt met relevante partijen in de regio, om tijdig te kunnen op- of afschalen voor een optimale doorstroom van cliënten
- De variatie van het zorgaanbod en het gebruik van exclusiecriteria op patiënt- en diagnosegroepen
- Of de zorgaanbieder van sectie is gewisseld (van vrijgevestigde naar instelling of andersom)
- De bereidheid van de zorgaanbieder (met een AGB-code beginnend met '03') om deel te nemen aan de regionale crisisdienst².

² Uitzonderingsregel voor deelname aan crisisdienst door psychiaters: we houden hierbij rekening met de leeftijd van de psychiater (op basis van de geldende CAO), fysieke beperkingen en andere omstandigheden waardoor het niet redelijk is om deelname aan de bemensing van de regionale crisisdienst te vragen. Het uitgangspunt is dat de psychiater deelneemt aan de crisisdienst zoals deze georganiseerd wordt door de geïntegreerde instelling in de regio waar de psychiater gevestigd is. Wij vragen zorgaanbieders bij het indienen van een aanvraag kenbaar te maken of zij deelnemen aan de regionale crisisdienst en wat de reden is als dit niet het geval is.

Als er voor de beoordeling van de verhogingsaanvraag meer informatie nodig is, vragen wij deze informatie op bij de zorgaanbieder. Nadat we de verhogingsaanvraag en de benodigde informatie hebben ontvangen, informeren we de zorgaanbieder binnen 4 weken over de uitkomst van de verhogingsaanvraag.

Als de verhogingsaanvraag wordt goedgekeurd, verhogen we het zorgkostenplafond met maximaal 50% van het oorspronkelijk overeengekomen zorgkostenplafond. De verhoging van het zorgkostenplafond wordt in een addendum vastgelegd. Dit addendum wordt ter acceptatie in VECOZO aangeboden aan de zorgaanbieder. Pas na acceptatie van het addendum is de verhoging van het zorgkostenplafond definitief.

Digitaal gecontracteerde instellingen, PAAZ en PUK

Met zorgaanbieders waarmee we in contractjaar 2024 een zorgkostenplafond van minder dan € 5 miljoen hebben afgesproken en die zorg leveren in setting 2, 3, 4, 5 en/of 8, maken we procesafspraken om te komen tot een overeenkomst voor 2026. Dit contracteerproces is ook van toepassing op Psychiatrische Afdelingen Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) en Psychiatrische Universitaire Klinieken (PUK).

Instellingen die in 2025 een overeenkomst hebben en voldoen aan de minimumeisen voor 2026, ontvangen automatisch een vragenlijst voor een overeenkomst voor 2026. Deze vragenlijst bieden we aan in VECOZO. Op basis van deze vragenlijst beoordelen wij of de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een overeenkomst. Als dit het geval is, ontvangen zij een niet-onderhandelbaar contractaanbod (tenzij anders afgesproken in de procesafspraken). De zorgaanbieder kan de overeenkomst accepteren in VECOZO. De precieze data die gelden voor dit proces, staan in de procesbrief die zorgaanbieders uiterlijk 1 mei 2025 ontvangen.

Zorgaanbieders die in 2025 onvoldoende kwalitatieve zorg leveren óf zich naar ons oordeel aantoonbaar niet hebben gehouden aan eerdere afspraken of overeenkomsten, ontvangen niet automatisch een vragenlijst in VECOZO en komen daarmee niet automatisch in aanmerking voor een overeenkomst in 2026.

Tarieven digitaal gecontracteerde instellingen

We gebruiken een eigen tarievenlijst. Hierop passen we een gedifferentieerd tariefpercentage toe op alle prestaties. De tarieven die een zorgaanbieder ontvangt en hoe deze zijn opgebouwd, zijn terug te vinden in het contractaanbod.

Zorgkostenplafond digitaal gecontracteerde instellingen

Voor digitaal gecontracteerde instellingen hanteren we een zorgkostenplafond bij het inkopen van zorg voor 2026³. Het zorgkostenplafond voor 2026 baseren we op het zorgkostenplafond van 2025, inclusief eventuele verhoging van het zorgkostenplafond 2025. De verdeling van monodisciplinaire en multidisciplinaire zorg binnen het zorgkostenplafond wordt gebaseerd op rechtmatig gedeclareerde zorgkosten (declaraties van behandelingen geleverd in 2024 en 2025). We behouden ons het recht voor om een lager zorgkostenplafond voor 2026 aan te bieden ten opzichte van 2025 wanneer de daadwerkelijke realisatie (goedgekeurde en uitbetaalde declaraties van behandelingen) in 2025 lager lag dan het zorgkostenplafond, of wanneer het zorgkostenplafond van 2025 niet passend is ten aanzien van de doelmatigheid of rechtmatigheid van zorg.

³ Voor instellingen met AGB-codes beginnend met '54' maken wij afspraken om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te borgen voor onze verzekerden. Dit doen wij door afspraken te maken over zorgkostenplafonds, deelplafonds en/of andere instrumenten.

Het zorgkostenplafond is onderdeel van onze zorginkoop, omdat het een belangrijk middel is om grip te houden op de zorgkosten binnen de GGZ. Het betekent dat we een maximum aan kosten aan zorgaanbieders uitbetalen binnen de looptijd van de overeenkomst. Deze uitbetaling vindt plaats op basis van de ingediende en goedgekeurde declaraties. Declaraties die zorgaanbieders boven het zorgkostenplafond indienen, betalen wij niet uit. De zorgaanbieder dient wel te blijven declareren, ook al vindt er geen uitbetaling plaats. Om gedurende het hele jaar zorg te kunnen verlenen, is het belangrijk dat zorgaanbieders behandelingen binnen het zorgkostenplafond gelijkmatig over het jaar verspreiden.

Op de webpagina [Zorgkostenplafond](#) staat meer informatie over waarom we een zorgkostenplafond gebruiken en hoe zorgaanbieders hiermee kunnen omgaan.

Verhoging zorgkostenplafond aanvragen

Verwacht de zorgaanbieder het zorgkostenplafond in 2026 voortijdig te bereiken? Dan kunnen digitaal gecontracteerde instellingen **vanaf 1 april 2026 tot en met 31 juli 2026 17.00 uur** een verhoging van het zorgkostenplafond aanvragen via het [aanvraagformulier](#). PAAZ- en PUK-aanbieders kunnen **vanaf 1 april 2026 t/m 1 september 2026 17.00 uur** een verhoging aanvragen. Dit geldt ook voor aanvragen voor verschuivingen in deelplafonds. Alleen correcte en volledig ingevulde aanvragen, die op tijd zijn ingediend via het aanvraagformulier, nemen we in behandeling.

Een verhogingsaanvraag beoordelen we onder andere op:

- De personele capaciteit (in fte) en het VGZ-marktaandeel
- De huidige wachttijden (gebaseerd op bijvoorbeeld de landelijke door zorgaanbieders aangeleverde wachttijdeninformatie, informatie van onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling en declaratiedata), in relatie tot onze zorgplicht in desbetreffende regio
- Inzicht in de doelmatigheid van de geleverde zorg, o.a. door inzicht in de (ontwikkeling van de) gemiddelde kosten per cliënt
- De algemene groei en ontwikkeling van het aantal cliënten met een zorgvraag
- De mate waarin de geleverde zorg voldoet aan de geldende wet- en regelgeving en de stand van wetenschap en praktijk



- De mate waarin de zorgaanbieder samenwerkingsafspraken heeft gemaakt met relevante partijen in de regio, om tijdig te kunnen op- of afschalen voor een optimale doorstroom van cliënten
- De bereidheid van de zorgaanbieder om één of meerdere psychiaters deel te laten nemen aan de regionale crisisdienst⁴
- De variatie van het zorgaanbod en het gebruik van exclusiecriteria op patiënt- en diagnosegroepen
- Of de zorgaanbieder van sectie is gewisseld (van vrijgevestigde naar instelling of andersom)

Als er voor de beoordeling van de verhogingsaanvraag meer informatie nodig is, vragen wij deze informatie op bij de zorgaanbieder. Nadat we de verhogingsaanvraag en de benodigde informatie hebben ontvangen, informeren we de zorgaanbieder binnen 4 weken over de uitkomst van de verhogingsaanvraag.

Als de verhogingsaanvraag wordt goedgekeurd, verhogen we het zorgkostenplafond met maximaal 50% van het oorspronkelijk overeengekomen zorgkostenplafond. De verhoging van het zorgkostenplafond wordt in een addendum vastgelegd. Dit addendum wordt ter acceptatie in VECOZO aangeboden aan de zorgaanbieder. Pas na acceptatie van het addendum is de verhoging van het zorgkostenplafond definitief.

⁴ Uitzonderingsregel voor deelname aan crisisdienst door psychiaters: we houden hierbij rekening met de leeftijd van de psychiater (op basis van de geldende CAO), fysieke beperkingen en andere omstandigheden waardoor het niet redelijk is om deelname aan de bemensing van de regionale crisisdienst te vragen. Het uitgangspunt is dat de psychiater deelneemt aan de crisisdienst zoals deze georganiseerd wordt door de geïntegreerde instelling in de regio waar de psychiater gevestigd is. Wij vragen zorgaanbieders bij het indienen van een aanvraag kenbaar te maken of zij deelnemen aan de regionale crisisdienst en wat de reden is als dit niet het geval is.

Zo kopen wij zorg in bij nieuwe zorgaanbieders

Onder nieuwe zorgaanbieders verstaan wij zorgaanbieders die nieuw beginnen met het verlenen van zorg en zorgaanbieders met wie we in 2025 nog geen overeenkomst hebben.

Gedeclareerde omzet van € 5 miljoen of hoger

Wanneer een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in 2024 € 5 miljoen of meer omzet bij VGZ heeft gedeclareerd, kan de zorgaanbieder **tot en met 31 december 2025** een overeenkomst bij ons aanvragen via ons [contactformulier](#).

Een zorginkoper neemt naar aanleiding van een aanvraag vervolgens contact op met de zorgaanbieder. De contractering verloopt 'handmatig', op basis van één of meerdere inkoopgesprekken. Tijdens deze gesprekken hebben we het onder andere over het aantal te behandelen verzekerden en het zorgkostenplafond. Bereiken we overeenstemming? Dan bieden we een overeenkomst en tarievenlijst aan via VECOZO. De zorgaanbieder kan de overeenkomst en tarievenlijst vervolgens accepteren. Na acceptatie van de overeenkomst in VECOZO is de zorgaanbieder gecontracteerd.

Gedeclareerde omzet onder € 5 miljoen

Wanneer een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in 2024 minder dan € 5 miljoen omzet bij VGZ heeft gedeclareerd, kan de zorgaanbieder **vanaf 1 april 2025 tot en met 30 juni 2025 17.00 uur** een overeenkomst bij ons aanvragen via ons [aanvraagformulier](#). De contractering verloopt op basis van een digitaal contracteerproces.

Dit aanvraagformulier beoordelen we onder andere op:

- De personele capaciteit (in fte) en het VGZ-marktaandeel
- De huidige wachttijden (gebaseerd op bijvoorbeeld de landelijke door zorgaanbieders aangeleverde wachttijdeninformatie, informatie van onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling en declaratiedata), in relatie tot onze zorgplicht in desbetreffende regio
- Inzicht in de doelmatigheid van de geleverde zorg, o.a. door inzicht in de (ontwikkeling van de) gemiddelde kosten per cliënt
- De algemene groei en ontwikkeling van het aantal cliënten met een zorgvraag
- De mate waarin de geleverde zorg voldoet aan de geldende wet- en regelgeving en de stand van wetenschap en praktijk
- De mate waarin de zorgaanbieder samenwerkingsafspraken heeft gemaakt met relevante partijen in de regio, om tijdig te kunnen op- of afschalen voor een optimale doorstroom van cliënten
- De bereidheid van de zorgaanbieder om één of meerdere psychiaters deel te laten nemen aan de regionale crisisdienst⁵
- De variatie van het zorgaanbod en het gebruik van exclusiecriteria op patiënt- en diagnosegroepen

⁵ Uitzonderingsregel voor deelname aan crisisdienst door psychiaters: we houden hierbij rekening met de leeftijd van de psychiater (op basis van de geldende CAO), fysieke beperkingen en andere omstandigheden waardoor het niet redelijk is om deelname aan de bemensing van de regionale crisisdienst te vragen. Het uitgangspunt is dat de psychiater deelneemt aan de crisisdienst zoals deze georganiseerd wordt door de geïntegreerde instelling in de regio waar de psychiater gevestigd is. Wij vragen zorgaanbieders bij het indienen van een aanvraag kenbaar te maken of zij deelnemen aan de regionale crisisdienst en wat de reden is als dit niet het geval is.

Na beoordeling ontvangen zorgaanbieders **uiterlijk 28 juli 2025** een e-mail over de uitkomst van de aanvraag en indien van toepassing een inhoudelijke toelichting op het vervolgproces. Als de beoordeling positief is, bieden we een vragenlijst aan in VECOZO. Op basis van deze ingevulde vragenlijst beoordelen wij of de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een overeenkomst. Als dit het geval is, ontvangt de zorgaanbieder een niet-onderhandelbaar contractaanbod (tenzij anders afgesproken in de procesafspraken). De zorgaanbieder kan de overeenkomst accepteren in VECOZO.

Alleen correcte en volledig ingevulde aanvragen, die op tijd zijn ingediend via het aanvraagformulier, nemen we in behandeling.

Ambulante zorg en verblijfsdeclaraties

We kopen voor 2026 alleen zorg in bij nieuwe zorgaanbieders die ambulante zorg leveren. We willen namelijk inzetten op een daling van zorg met verblijf. Dit betekent dat nieuwe zorgaanbieders die ambulante zorg leveren geen verblijf kunnen declareren.

Zorgkostenplafond nieuwe aanbieders

Het zorgkostenplafond voor 2026 wordt voor nieuwe zorgaanbieders vastgesteld op basis van de geleverde, niet-gecontracteerde zorg aan onze verzekerden in 2024 en/of 2025. Als de realisatie lager is dan € 50.000 euro, wordt het minimale zorgkostenplafond van € 50.000 euro toegekend.

Geen zorginkoop bij voldoende passende zorg

We contracteren uitsluitend nieuwe zorgaanbieders als we vaststellen dat we niet aan onze zorgplicht in een regio kunnen voldoen.

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.





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.

Handmatig gecontracteerde zorgaanbieders

Planning zorginkoop

2025	Datum en tijd	Wie	Actie	Via
	Uiterlijk 2 juni 2025	VGZ	Openstellen vragenlijst in uitvraagmodule	VECOZO Zorginkoopportaal
	Uiterlijk 1 juli 2025	Zorgaanbieder	Invullen vragenlijst	VECOZO Zorginkoopportaal
	Vanaf 1 juli 2025	Zorgaanbieder en VGZ	Start onderhandelingen	Mondeling en/of via e-mail
	Uiterlijk 1 september 2025	VGZ	Beschikbaar stellen standaardovereenkomst 2026	E-mail
	Uiterlijk 30 september 2025	Zorgaanbieder	Aanleveren offerte	E-mail

2026

Planning nieuwe zorgaanbieders

2025	Datum en tijd	Wie	Actie	Via
	Uiterlijk 31 december 2025	Zorgaanbieder	Aanvragen overeenkomst	Formulier op onze website

2026

Planning verhogingsaanvragen zorgkostenplafond

2025	Datum en tijd	Wie	Actie	Via
	Gedurende het hele jaar	Zorgaanbieder	Aanvragen verhoging zorgkostenplafond	Formulier op onze website
	Uiterlijk 4 weken na ontvangst van volledige verhogingsaanvraag	VGZ	Informeren over de uitkomst van de verhogingsaanvraag	E-mail (op het e-mailadres dat de zorgaanbieder heeft gebruikt voor de aanvraag)

2026

Digitaal gecontracteerde zorgaanbieders

Planning zorginkoop

2025	Datum en tijd	Wie	Actie	Via
	Uiterlijk 1 mei 2025	VGZ	Instellingen informeren over de procesafspraken	E-mail (op het e-mailadres dat de zorgaanbieder heeft vastgelegd bij Vektis)
	Vanaf uiterlijk 1 september t/m 4 weken daarna tot 17:00 uur	Zorgaanbieder	Invullen vragenlijst in de uitvraagmodule*	VECOZO Zorginkoopportaal
	Uiterlijk 1 oktober 2025	VGZ	Aanbieden overeenkomst	VECOZO Zorginkoopportaal
	Uiterlijk 12 november 2025 vóór 17.00 uur	Zorgaanbieder	Accepteren overeenkomst**	VECOZO Zorginkoopportaal

2026

* Als de NZa de wettelijke maximumtarieven voor 2026 later publiceert dan 15 juli 2025, dan behouden we ons het recht voor om onze vragenlijst later dan 1 september 2025 open te stellen. In dat geval zullen we de planning in ons inkoopbeleid hierop aanpassen.

** Tenzij er afwijkende procesafspraken zijn gemaakt tussen de zorgaanbieder en VGZ.

Planning nieuwe zorgaanbieders

2025	Datum en tijd	Wie	Actie	Via
	Vanaf 1 april 2025 t/m 30 juni 2025 vóór 17.00 uur	Zorgaanbieder	Aanvragen overeenkomst	Formulier op onze website
	Uiterlijk 28 juli 2025	VGZ	Informeren van zorgaanbieders over de uitkomst van de aanvraag voor een overeenkomst	E-mail (op het e-mailadres dat de zorgaanbieder heeft gebruikt voor de aanvraag)
	Uiterlijk 28 juli 2025	VGZ	Instellingen informeren over de procesafspraken	E-mail (op het e-mailadres dat de zorgaanbieder heeft vastgelegd bij Vektis)
	Vanaf uiterlijk 1 september t/m 4 weken daarna tot 17:00 uur	Zorgaanbieder	Invullen vragenlijst in de uitvraagmodule*	VECOZO Zorginkoopportaal
	Uiterlijk 1 oktober 2025	VGZ	Aanbieden overeenkomst	VECOZO Zorginkoopportaal
	Uiterlijk 12 november 2025 vóór 17.00 uur	Zorgaanbieder	Accepteren overeenkomst**	VECOZO Zorginkoopportaal

2026

* Als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de wettelijke maximumtarieven voor 2026 later publiceert dan 15 juli 2025, dan behouden we ons het recht voor om onze vragenlijst later dan 1 september 2025 open te stellen. In dat geval zullen we de planning in ons inkoopbeleid hierop aanpassen.



** Tenzij er afwijkende procesafspraken zijn gemaakt tussen de zorgaanbieder en VGZ.

Planning verhogingsaanvragen zorgkostenplafond

2025	Datum en tijd	Wie	Actie	Via
	Vanaf 1 april 2026 t/m 31 juli 2026 vóór 17.00 uur	Zorgaanbieder	Aanvragen verhoging zorgkostenplafond	Formulier op onze website
	Uiterlijk 4 weken na ontvangst van volledige verhogingsaanvraag	VGZ	Informeren over de uitkomst van de verhogingsaanvraag	E-mail (op het e-mailadres dat de zorgaanbieder heeft gebruikt voor de aanvraag)

2026

Planning verhogingsaanvragen zorgkostenplafond PAAZ/PUK

2025	Datum en tijd	Wie	Actie	Via
	Vanaf 1 april 2026 t/m 1 september 2026 vóór 17.00 uur	Zorgaanbieder	Aanvragen verhoging zorgkostenplafond	Formulier op onze website
	Uiterlijk 4 weken na ontvangst van volledige verhogingsaanvraag	VGZ	Informeren over de uitkomst van de verhogingsaanvraag	E-mail (op het e-mailadres dat zorgaanbieder heeft gebruikt voor de aanvraag)

2026



Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod

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

Onze bereikbaarheid tijdens zorginkoop

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

Voorwaarden en naleving

Wijzigingen/aanvullingen op ons inkoopbeleid

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

Algemeen controleplan

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

Geen aanbesteding

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





Bijlagen

1. Overzicht alle wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Onderwerp	Beleid 2025	Beleid 2026
Grens tussen handmatige en digitale contractering	Bij een zorgkostenplafond van minder dan € 3 miljoen valt de zorgaanbieder onder digitale contractering. Bij een zorgkostenplafond van € 3 miljoen of meer valt de zorgaanbieder onder handmatige contractering. We gebruiken hiervoor peiljaar 2020.	Bij een zorgkostenplafond van minder dan € 5 miljoen valt de zorgaanbieder onder digitale contractering. Bij een zorgkostenplafond van € 5 miljoen of hoger valt de zorgaanbieder onder handmatige contractering. We gebruiken hiervoor peiljaar 2024.
Deelname aan crisisdienst door psychiater verwerkt in tarieven voor vrijgevestigde praktijken	Niet van toepassing in inkoopbeleid 2025.	We introduceren voor 2026 een mogelijke afslag op het tarief wanneer een vrijgevestigde psychiater niet bereid is deel te nemen aan de regionale crisisdienst.
Aanvullende criteria voor contractaanvragen en verhogingsaanvragen zorgkostenplafond	Niet van toepassing in inkoopbeleid 2025.	We hanteren bepaalde criteria bij het beoordelen van verhogingsaanvragen voor het zorgkostenplafond en contractaanvragen. Voor 2026 hebben we hier 3 criteria aan toegevoegd. In onze beoordeling nemen we mee of: <ul style="list-style-type: none"> • De zorgaanbieder deelneemt aan de regionale crisisdienst. We houden hierbij rekening met de persoonlijke situatie van de zorgaanbieder. • De zorgaanbieder exclusiecriteria hanteert waardoor het aanbod niet aansluit op geconstateerde knelpunten • De zorgaanbieder van sectie is gewisseld (van vrijgevestigde naar instelling of andersom)

Onderwerp

Beleid 2025

Beleid 2026

Aanvullingen minimumeisen

Niet van toepassing in inkoopbeleid 2025.

Voor 2026 hebben we minimumeisen aangepast of toegevoegd om in aanmerking te komen voor een overeenkomst:

- De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, de werkzaamheden zijn niet gestaakt, er geldt geen surseance van betaling of een (faillissements)akkoord én er zijn geen (acute) problemen rondom liquiditeit of een dreigend faillissement zodanig dat de continuïteit van zorgverlening wordt bedreigd.
- De zorgaanbieder hanteert alleen een eigen bijdrage door verzekerden voor zorg waar de verzekerde vrijwillig gebruik van kan maken, en niet voor verzekerde zorg ten laste van de Zorgverzekeringswet. De verzekerde kan dus ook zonder eigen bijdrage gebruik maken van het zorgaanbod van de zorgaanbieder.
- De zorgaanbieder heeft een actuele website waar in ieder geval het actuele Kwaliteitsstatuut, de wachttijden, de contactgegevens en een toelichting over het zorgaanbod en de vergoedingen (bijvoorbeeld wat wél Zvw is en wat niet) te vinden zijn.
- De zorgaanbieder heeft niet volgens artikel 7.3 en/of artikel 7.4 Regeling zorgverzekering niet meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7.4 Regeling zorgverzekering.
- De zorgaanbieder is niet aanzienlijk of voortdurend tekortgekomen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met ons, wat heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst, tot schadevergoeding of tot andere vergelijkbare sancties.

Onderwerp	Beleid 2025	Beleid 2026
Aanpassing termijn verhogingsaanvraag zorgkostenplafond PAAZ/PUK	Voor 2025 kan een zorgaanbieder tot 31 juli 2025 17.00 uur een verhoging van het zorgkostenplafond aanvragen.	Voor 2026 is deze termijn met een maand verlengd en kan een zorgaanbieder tot 1 september 2026 17.00 uur een verhoging van het zorgkostenplafond aanvragen.

- 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.

2. Onze minimeisen voor zorgaanbieders

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

Minimeisen 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, er geldt geen surseance van betaling of een (faillissements)akkoord én er zijn geen (acute) problemen rondom liquiditeit of een dreigend faillissement zodanig dat de continuïteit van zorgverlening wordt bedreigd.
 - De zorgaanbieder heeft niet volgens artikel 7.3 en/of artikel 7.4 Regeling zorgverzekering niet meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7.4 Regeling zorgverzekering.
 - De zorgaanbieder is niet aanzienlijk of voortdurend tekortgekomen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met ons, wat heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst, tot schadevergoeding of tot andere vergelijkbare sancties.
 - We toetsen de zorgaanbieder aan onder meer het RIZ-portaal. Deze toetsing levert geen resultaat op dat het aangaan van een overeenkomst kan uitsluiten.
- Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies.
 - Er is tegenover de zorgaanbieder, het bestuur, de leidinggevende en toezichthoudende organen (of vertegenwoordigers en beslissings- en controlebevoegden hiervan) geen rechterlijke veroordeling uitgesproken inzake:
 - Deelneming aan een criminele organisatie
 - Omkoping
 - Fraude
 - Witwassen van geld
 - Terroristische misdrijven of strafbare feiten in verband met terroristische activiteiten
 - Kinderarbeid en andere vormen van mensenhandel
 - De zorgaanbieder heeft in de uitoefening van het beroep geen ernstige fout begaan waardoor de integriteit in twijfel getrokken kan worden.
 - De zorgaanbieder heeft geen overeenkomst(en) met andere ondernemers die gericht zijn op vervalsing van de mededinging.
 - De zorgaanbieder is in staat om benodigde informatie te verstrekken voor de controle op het voldoen aan de minimeisen, in elk geval van de afgelopen 3 jaar.
 - De zorgaanbieder heeft een goedgekeurd Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ aangeleverd bij Zorginstituut Nederland (ZINL).
 - De zorgaanbieder heeft een actuele website waar in ieder geval het actuele Kwaliteitsstatuut, de wachttijden, de contactgegevens en een toelichting over het zorgaanbod en de vergoedingen (bijvoorbeeld wat wél Zvw is en wat niet) te vinden zijn.

- De zorgaanbieder werkt aantoonbaar volgens het Landelijk Kwaliteitsstatuut, inclusief de in paragraaf 5.2 van het Advies Taskforce Gepast Gebruik GGZ benoemde elementen, waarin mede op basis van de kwaliteitsstandaarden vormgegeven processen en de vier benoemde registratiemomenten (inclusief de juiste registratievorm en de daaraan verbonden vereisten) ten aanzien van gepast gebruik zijn vastgelegd.
- De zorgaanbieder werkt volgens de multidisciplinaire richtlijnen.
- De zorgaanbieder voldoet aan de normen van de beroepsgroep.
- De zorgaanbieder werkt met behandelaren die de Nederlandse of Engelse taal voldoende beheersen.
- De zorgaanbieder stelt behandelplannen altijd in de Nederlandse of Engelse taal op.
- De zorgaanbieder declareert alleen diagnostiekprestaties als er een intentie tot behandeling is bij desbetreffende zorgaanbieder.
- Nieuw gecontracteerde zorgaanbieders leveren niet uitsluitend outreachende of klinische zorg.
- De zorgaanbieder heeft geen tuchtrechtelijk voorwaardelijke schorsing of zwaardere maatregel opgelegd gekregen.
- De zorgaanbieder levert een vorm van digitale zorg. Als er geen digitale zorg geleverd wordt, moet een zorgaanbieder aantoonbaar de intentie hebben digitale vormen van zorg te ontwikkelen in 2026.
- De zorgaanbieder hanteert alleen een eigen bijdrage door verzekerden voor zorg waar de verzekerde vrijwillig gebruik van kan maken, en niet voor verzekerde zorg ten laste van de Zorgverzekeringswet. De verzekerde kan dus ook zonder eigen bijdrage gebruik maken van het zorgaanbod van de zorgaanbieder.

Zorg conform stand van de wetenschap en praktijk

Wij vinden de kwaliteit van de zorg heel belangrijk. De zorg die we inkopen moet doelmatig zijn en minimaal voldoen aan de geldende wet- en regelgeving. Zorg die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, vergoeden wij niet en mag niet bij ons worden gedeclareerd. We bedoelen dan zorg waarvoor (nog) onvoldoende wetenschappelijk bewijs bestaat dat deze effectief en veilig is. De wijze waarop Zorginstituut Nederland (ZiNL) dit beoordeelt, is te vinden in het ZiNL-rapport [Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk](#). Hierin staat ook een actueel overzicht van standpunten en adviezen van ZiNL.

Zorg in het buitenland

Voor alle door ons gecontracteerde zorgaanbieders geldt dat wij enkel zorg inkopen en vergoeden die in Nederland wordt geleverd.

Kwaliteitseisen per setting

Setting 1, 5 t/m 7

Voor de inkoop van zorg in setting 1 en 5 t/m 7 gaan we uit van de criteria en eisen die staan beschreven in NZa-regelgeving. Voor de kwaliteit van zorg gaan we uit van de criteria die staan beschreven in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut.

Setting 2 (monodisciplinaire GGZ)

Voor de inkoop van monodisciplinaire GGZ in setting 2 gaan we uit van de criteria en eisen die staan beschreven in de NZa-regelgeving. Voor de kwaliteit van zorg gaan we uit van de criteria die staan beschreven in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut.

De monodisciplinaire setting bestaat over het algemeen uit declaraties hoofdzakelijk geleverd vanuit één discipline met betrokkenheid van een regiebehandelaar. Dat betekent niet dat de patiënt maar door één discipline wordt gezien (buiten de betrokken regiebehandelaar). Deze setting geldt ook als bijvoorbeeld andere disciplines ondersteunen in de diagnostiek of als de regiebehandelaar een andere discipline vertegenwoordigt. In principe geldt deze setting als er geen sprake is van multidisciplinaire zorg (zie Setting 3).

Setting 3 (multidisciplinaire GGZ)

Voor de inkoop van multidisciplinaire GGZ in setting 3 gaan we uit van de criteria en eisen die staan beschreven in de NZa-regelgeving. Voor de kwaliteit van zorg gaan we uit van de criteria die staan beschreven in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut.

Daarnaast stellen wij de eis dat bij multidisciplinaire GGZ het zorgaanbod bij zorgaanbieders tot uitdrukking komt in het kwaliteitsstatuut, de toegepaste zorgstandaarden, behandelprogramma's of andere documentatie waarin de zorgaanbieder het aanbod beschrijft.

Buiten de regiebehandelaar hebben meerdere verschillende beroepen tijdens de behandel fase contact met de cliënt (drie of meer behandelconsulten, afhankelijk van de duur van het zorgtraject per behandeljaar). De noodzaak van de inzet van de verschillende beroepen blijkt uit het dossier van de cliënt. De uitvoerende onderdelen van de zorg uit het behandelplan worden door de verschillende beroepen geleverd.

Setting 4 (outreachende zorg)

Voor outreachende zorg in setting 4 volgen we de [landelijke criteria en eisen](#). In aanvulling op deze landelijke criteria en eisen geldt dat we alleen zorg inkopen bij teams die:

- Voldoen aan de leveringsvoorwaarden zoals beschreven in de [informatiekaart settings](#).
- Methodisch werken zoals de werkwijze van de Flexible Assertive Community Treatment (FACT), Intensive Home Treatment (IHT) of Vroege Interventie Psychose (VIP).

Verder gelden voor deze teams de volgende minimumeisen:

- Flexible Assertive Community Treatment (FACT) kan alleen worden ingezet voor cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die beperkingen hebben in het sociaal-maatschappelijke functioneren en die tevens crisisgevoelig zijn.
- Intensive Home Treatment (IHT) kan worden ingezet bij cliënten met acute psychiatrische problemen en die onder andere een intensieve behandeling in hun thuissituatie nodig hebben, om opname te voorkomen. De inzet voor een episode mag maximaal 6 weken duren.
- Vroege Interventie Psychose (VIP)-teams worden ingezet in de eerste 5 jaar van een beginnende psychose.

Setting 8 (hoogspecialistische GGZ)

Bij de inkoop van hoogspecialistische GGZ in setting 8 gaan we uit van de criteria en eisen die staan beschreven in de [Handreiking contractering setting Hoogspecialistische ggz](#). Daarnaast kopen we alleen zorg in bij zorgaanbieders die vermeld staan in de [geldende landelijk vastgestelde Limitatieve lijst Hoogspecialistische ggz](#). Zorgaanbieders waarmee we geen overeenkomst voor setting 8 hebben gesloten, kunnen geen zorg in setting 8 leveren en declareren.

Kwaliteitseisen voor specifieke zorg

Ketenveldnorm en beveiligde intensieve zorg

De ketenveldnorm en beveiligde intensieve zorg is ontwikkeld om mensen met een psychische stoornis en/of een verslaving, verstandelijke beperking en een hoog veiligheidsrisico beter te ondersteunen. Voor het leveren van deze zorg volgen we de landelijke criteria, eisen en richtlijnen.

Inzet vaktherapeuten en paramedische zorgaanbieders in het ambulante behandeltraject

De bijdrage (in tijd) van vaktherapeuten en paramedische zorgaanbieders tezamen moet ondergeschikt zijn aan de totale behandelcapaciteit. Dat betekent dat deze bijdragen tezamen minder dan 50% van de totale tijdsbesteding van de behandeling bedragen, waarvan maximaal 1/3 vaktherapie mag bedragen.

Esketamine neusspray (Spravato®)

Voor 2026 kopen we behandelingen met Esketamine neusspray (Spravato®) alleen in bij zorgaanbieders die voldoen aan de kwaliteitscriteria van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en met wie we in 2025 al afspraken hebben gemaakt over de inzet van Esketamine neusspray. Voor zorgaanbieders waarmee we afspraken hebben gemaakt over de inzet van Esketamine neusspray geldt er geen machtigingsvereiste. Voor de overige zorgaanbieders geldt wel een machtigingsvereiste. Meer informatie over ons machtigingenbeleid staat op onze [website](#).

We kopen alleen extra behandelingen met Esketamine neusspray in als er in een bepaalde regio onvoldoende gecontracteerde zorgaanbieders zijn om aan de vraag van onze verzekerden te voldoen.

Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)

Voor een behandeling rTMS gelden de volgende minimumeisen:

- Een behandeling met rTMS moet door een rTMS-professional worden geïndiceerd
- De indicatie voor een behandeling rTMS moet voldoen aan de criteria zoals opgenomen in de meest actuele [ZN-circulaire GGZ-therapieën](#)
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een rTMS-professional of een rTMS-technician
- Zowel de rTMS-professional als de rTMS-technician moet ten tijde van het uitvoeren van de behandeling rTMS in het bezit zijn van een geldige accreditatie van Stichting Hersenstimulatie

Elektroconvulsietherapie (ECT)

We kopen voor 2026 ECT-zorgprestaties alleen in bij zorgaanbieders met wie we in 2025 al afspraken hebben gemaakt over de inzet van ECT. Dit doen we in het kader van voldoende regionale spreiding binnen de GGZ.

Transgenderzorg

Wij willen de wachtlijsten voor transgenderzorg verkorten. Daarom contracteren we steeds meer zorgaanbieders voor transgenderzorg. De indicatiestelling en behandeling van psychiatrische comorbiditeit valt onder de aanspraak van GGZ. Medisch psychologische zorg bij een genderbevestigende operatie valt onder de aanspraak en financiering van de medisch specialistische zorg (MSZ).

Een minimumeis die we hanteren voor het leveren van transgenderzorg is dat wanneer er sprake is van een duurzame wens tot genderbevestigende somatische behandelingen, de GGZ-aanbieder actief samenwerkt met medisch specialisten in de somatische zorg MSZ.

Dit houdt onder andere in dat zorgaanbieders netwerksamenwerkingen hebben met zorgaanbieders die andere, relevante expertises binnen de transgenderzorg vertegenwoordigen en waarborgen. Een netwerk bestaat tenminste uit een gespecialiseerd BIG-geregistreerde GZ-psycholoog of psychiater, een endocrinoloog en een plastisch chirurg. Hierbij geldt dat er minimaal twee GZ-psychologen of psychiaters, endocrinologen en plastisch chirurgen in het team aanwezig moeten zijn, zodat onderlinge vervanging mogelijk is. Afhankelijk van de situatie sluit een gynaecoloog, uroloog, KNO-arts, logopedist of GE-chirurg aan.

In deze netwerksamenwerkingen moeten onderlinge afspraken gemaakt worden die voldoen aan de inhoudelijke richtlijnen en de zorgstandaard voor transgenderzorg. Deze afspraken moeten vastgelegd zijn in (ondertekende) werkafspraken, protocollen en overeenkomsten tussen de betreffende zorgaanbieders. De netwerksamenwerkingen worden door ons getoetst totdat er een landelijke procedure is.

Consultatiefunctie GGZ voor het sociaal domein

Voor de inkoop van de consultatiefunctie GGZ voor het sociaal domein gaan we uit van de geldende [Leidraad consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein](#). Voor een afspraak over de consultatiefunctie GGZ voor het sociaal domein moet de zorgaanbieder aan één of meerdere van de volgende minimumeisen voldoen:

- De zorgaanbieder levert acute GGZ, waarvoor een budgetafpraak is met de preferente zorgverzekeraar.
- De zorgaanbieder levert outreachend zorgaanbod met aantoonbare samenwerking met het sociaal domein en de huisartsenzorg. Bijvoorbeeld omdat de zorgaanbieder veel POH-GGZ 's detacheert bij huisartsen.
- De zorgaanbieder levert (outreachende) verslavingszorg met aantoonbare integrale samenwerkingsafspraken met het sociaal domein en de huisartsenzorg.

Het gericht inkopen van de consultatiefunctie GGZ is onderdeel van het reguliere inkoopproces van GGZ voor 2026. Zorgaanbieders kunnen interesse in afspraken hierover kenbaar maken via ons [contactformulier](#).

Complexe somatische psychiatrische comorbiditeit

Voor 2026 kopen wij complexe somatische psychiatrische comorbiditeit alleen in bij zorgaanbieders waarbij we deze zorg in 2025 hebben ingekocht. We kopen alleen extra complexe somatische psychiatrische comorbiditeit in als er in een bepaalde regio onvoldoende gecontracteerde zorgaanbieders zijn om aan de vraag van onze verzekerden te voldoen.

Wilt u meer weten?

Bekijk onze visie op Geestelijke Gezondheidszorg op onze [website](#).



COÖPERATIE VGZ

Voorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.