

Geestelijke Gezondheidszorg zorginkoopbeleid 2025

Versie 1.0

1 april 2024

Zorginkoopbeleid 2025

Geestelijke Gezondheidszorg

Inhoud

1	Wat zijn de wijzigingen per 2025?	3
2	Welke informatie vindt u in dit document?	3
2.1	Inleiding	3
2.2	Leeswijzer	3
3	Wat is de visie van Zorg en Zekerheid?	3
3.1	Algemene visie op GGZ	4
3.2	Regionale samenwerking	4
3.3	Passende zorg	5
	Digitale zorg	5
3.4	Arbeidsmarkt	5
3.5	Duurzaamheid	6
3.6	Hoofdzaak Werk	7
3.7	Cruciale zorg	7
3.8	Mentale gezondheidsnetwerken	7
4	Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop GGZ?	8
4.1	Speerpunten GGZ	8
	Wachtlijstreductie	8
	Administratieve lastenverlichting	8
	Kwaliteit van zorg	9
	Ouderenpsychiatrie	10
	Verslavingszorg voor GGZ-instellingen	10
4.2	Impactvolle transformaties	10
5	Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst?	11
5.1	Minimum- en kwaliteitseisen	11
	Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders	11
	Nieuwe GGZ-instellingen	11
5.2	Looptijd van de zorgovereenkomsten	12
5.3	Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders	12
5.4	Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders	12
	Aanvragen zorgovereenkomst 2025	12
	Tussentijds aanvragen zorgovereenkomst	12

5.5	Bijcontracteren.....	13
6	Hoe ziet het contracteerproces eruit?.....	13
6.1	Bepalen van de tarieven.....	13
6.2	Aanbod van de zorgovereenkomsten.....	13
6.3	Planning.....	14
7	Heeft u vragen?	14
	Bijlage 1: Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	15

1 Wat zijn de wijzigingen per 2025?

In het zorginkoopbeleid Geestelijke gezondheidszorg (hierna GGZ) 2025 zijn de volgende zaken gewijzigd ten opzichte van 2024:

- De strategie 'Passende zorg' is verplaatst van hoofdstuk 3.5 naar hoofdstuk 3.3.
- De strategie 'Positieve gezondheid' is gewijzigd naar 'Arbeidsmarkt' (hoofdstuk 3.4).
- De strategie 'Arbeidsmarkt' (voorheen 'Positieve gezondheid') is verplaatst van hoofdstuk 3.3 naar hoofdstuk 3.4 en er is invulling aan de nieuwe strategie 'Arbeidsmarkt' gegeven.
- De strategie 'Duurzaamheid' is verplaatst van hoofdstuk 3.4 naar hoofdstuk 3.5 en er is een nieuwe landelijke tekst over duurzaamheid toegevoegd.
- Er is een nieuwe landelijke tekst over cruciale zorg toegevoegd (hoofdstuk 3.7).
- Er is een nieuwe landelijke tekst over mentale gezondheidsnetwerken toegevoegd (hoofdstuk 3.8).
- De tekst bij Verslavingszorg is aangepast (hoofdstuk 4.1).
- Er is een nieuwe aanvullende tekst bij minimum- en kwaliteitseisen zorgaanbieder toegevoegd (hoofdstuk 5.1).
- In Bijlage 1 is uniforme landelijke tekst over duurzaamheid vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) toegevoegd.

2 Welke informatie vindt u in dit document?

2.1 Inleiding

Voor u ligt het zorginkoopbeleid GGZ voor 2025. In dit document leest u op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid GGZ voor 2025 inkoopt. Dit zorginkoopbeleid geldt als aanvulling op het [Algemeen zorginkoopbeleid](#). Bij tegenstrijdigheden prevaleert dit zorginkoopbeleid boven het [Algemeen zorginkoopbeleid](#).

2.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 3 geeft de visie van Zorg en Zekerheid op de GGZ weer. Hoofdstuk 4 behandelt de doelen die Zorg en Zekerheid wil bereiken. In hoofdstuk 5 leest u welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst. Hoofdstuk 6 en 7 geven u praktische informatie over de planning rondom het contracteerproces en de mogelijkheid om vragen te stellen.

3 Wat is de visie van Zorg en Zekerheid?

Om goede zorg voor onze verzekerden nu én in de toekomst toegankelijk te houden, gaan we voor gezondheid. Het doel van Zorg en Zekerheid is daarom om van zorg naar gezondheid te bewegen. Om het doel van Zorg en Zekerheid te bereiken hebben wij vier strategieën benoemd waarmee wij in de regio het verschil maken, te weten 'regionale samenwerking', 'passende zorg', 'arbeidsmarkt' en 'duurzaamheid'. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft hoe wij invulling geven aan deze strategieën. In de volgende alinea's leest u per strategie hoe wij met de zorginkoop GGZ bijdragen aan het doel van Zorg en Zekerheid.

3.1 Algemene visie op GGZ

Zorg en Zekerheid streeft naar een optimale geestelijke gezondheid voor onze verzekerden. Dat betekent toegankelijke en tijdig geleverde (binnen de Treeknormen) zorg. Zorg en Zekerheid wil de wachttijden in samenwerking met de sector terugbrengen tot de treeknormen. Zorg en Zekerheid zet zich in om voldoende zorg in te kopen en zet zorgbemiddeling in om de toegang tot de zorg te bevorderen. Verder is het belangrijk dat de verzekerde op de juiste plaats in de keten zorg ontvangt.

Optimale zorg betekent ook doelmatige zorg: kwalitatief betere zorg voor de verzekerde tegen lagere kosten. Impactvolle transformaties zoals EHealth behandelprogramma's kunnen een bijdrage leveren aan optimale zorg

Het is belangrijk herstelgerichte zorg te leveren die zoveel mogelijk in de thuisomgeving van de verzekerde plaatsvindt. Zorg en Zekerheid streeft bij de behandeling van verzekerden met een ernstige psychiatrische aandoening naar een afname van het klinisch verblijf en een toename van ambulante behandeling. Bijvoorbeeld door de inzet van Flexible Assertive Community Treatment (FACT) en Intensive Home Treatment (IHT). In het geval van IHT vindt de crisisbehandeling thuis plaats in de eigen omgeving van de verzekerde en niet langer in de kliniek. Daarnaast ondersteunt Zorg en Zekerheid de voortgaande ambulantisering van de zorg en de inzet van de praktijkondersteuner van de huisarts (POH-GGZ).

Ten slotte spant Zorg en Zekerheid zich in om administratieve lasten voor zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder te verminderen. Voorbeelden hiervan zijn digitale contractering, elektronisch declareren en het realiseren van horizontaal toezicht.

3.2 Regionale samenwerking

Zorg en Zekerheid wil haar regionale verantwoordelijkheid invullen door het zorgaanbod uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) af te stemmen op het zorgaanbod uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Het beleid is erop gericht de zorg voor de verzekerden zo min mogelijk te laten beïnvloeden door de schotten tussen deze domeinen. Zorgvraag en zorgaanbod moeten goed op elkaar aansluiten, los van het domein dat de zorg financiert.

Zorg en Zekerheid beschikt in de regio's Zuid-Holland Noord en Noord-Holland Zuid voor de meeste patiëntgroepen over voldoende en deskundig zorgaanbod, alsook over voldoende diversiteit aan behandelaren. De vastgestelde reductie van de wachttijden in Zuid-Holland Noord toont aan dat de samenwerking tussen de verschillende regionale stakeholders ertoe heeft geleid dat mensen met psychische problemen in de regio de juiste zorg op de juiste plek kunnen ontvangen. Deze beweging willen we voortzetten en verder bevorderen. Zorg en Zekerheid streeft dan ook naar een intensieve samenwerking met regionale gemeenten en zorgkantoren. Het beleid is erop gericht dat verzekerden zo min mogelijk last ondervinden van de overgang van de Jeugdwet naar Zvw of van de Wmo naar de Zvw en andersom. Ook de overgang van de Zvw naar de Wlz speelt hier een rol. Om deze doelen te verwezenlijken, is Zorg en Zekerheid een bestuurlijke samenwerkingsovereenkomst met regionale gemeenten aangegaan.

Voor een klein aantal patiëntgroepen, waarbij sprake van lange wachttijden en is de uitdaging groot om het juiste zorgaanbod te vinden. Voor deze groep is een regionale casuïstiektafel ingericht waarin zorgaanbieder, gemeente en zorgverzekeraar samen optrekken om het juiste zorgaanbod te vinden.

3.3 Passende zorg

De strategie Passende zorg geven wij binnen de GGZ op verschillende manieren vorm. Allereerst willen wij zorg dichtbij huis mogelijk maken. Als regionale zorgverzekeraar maakt Zorg en Zekerheid daarom afspraken met een groot aantal zorgaanbieders in de GGZ in onze regio. Hierbij is de insteek om de eerste lijn te versterken door (financiële) substitutie van complexe zorg naar eenvoudiger zorg te realiseren. Zorg en Zekerheid investeert daarom in extra uren voor de POH GGZ en hanteert een open contracteerbeleid voor regionale vrijgevestigden, zoals de GZ-psycholoog en de psychiater. Dit laat onverlet dat in onze regio verschillende soorten GGZ-instellingen aanwezig zijn die beschikken over het benodigde diverse tweedelijns zorgaanbod.

Daarnaast werken we samen met ketenpartners in onze regio aan de verdere uitwerking van een digitale overlegtafel. Deze samenwerking is een middel om verzekerden snel bij de best passende zorgaanbieder, met de kortste wachttijd, in zorg te krijgen. Met behulp van de overlegtafel kunnen partijen door goede samenwerking een aanbod op maat realiseren voor de specifieke zorgvraag van een verzekerde. Zorgaanbieders helpen elkaar door met elkaar mee te denken, elkaar te consulteren en door af te spreken beschikbaar te zijn bij acute nood. Hiermee zorgen we voor beweging in de keten, waarbij verzekerden de beste zorg ontvangen, op de beste plaats, met de kortst mogelijke wachttijd.

Digitale zorg

Digitale zorg is een onderdeel van het verlenen van zorg op de juiste plek. In lijn met het verlenen van zorg op de juiste plek sluit Zorg en Zekerheid zich aan bij de [Ambities Zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025](#). Aanvullend hebben wij vanuit GGZ de volgende ambities op het gebied van digitale zorg:

Digitalisering en e-health zijn goede manieren om de toegankelijkheid van de GGZ te vergroten. Op deze manier kan een bijdrage geleverd worden aan het terugdringen van de regionale wachttijden. Concrete voorbeelden van e-health-toepassingen die nu al in de praktijk worden ingezet in onze regio zijn beeldbellen, online inzage in het eigen dossier, de mogelijkheid tot het online maken van afspraken en de inzet van online behandelmodules ter ondersteuning van de reguliere face-to-face behandeling.

Een aantal regionale zorgaanbieders werkt met virtual reality, Virtual reality kan een waardevolle bijdrage leveren aan de behandeling van verschillende stoornissen en beperkingen, zoals pleinvrees en andere angststoornissen. In onze visie op digitalisering leest u de visie van Zorg en Zekerheid op digitale zorg in algemene zin.

3.4 Arbeidsmarkt

Net als in andere sectoren komen ook in de GGZ arbeidstekorten voor. Hierdoor staat cruciale en acute zorg onder toenemende druk. Door het gebrek aan personeel is het voor crisisdiensten moeilijk de bezetting te garanderen en hun taak zonder lange wachttijden te vervullen. Daarnaast leidt een relatief hoog ziekteverzuim tot uitval en wisseling van zorgverleners. Om geestelijke gezondheidszorg beschikbaar en uitvoerbaar te houden is het belangrijk om de schaarse capaciteit van zorgverleners in te zetten voor die verzekerde die de zorg het hardst nodig hebben. Mensen met ernstige zorgvragen moeten in onze regio in een aantal gevallen te lang wachten op passende zorg. Hierdoor ontstaat de kans dat de problematiek verergert en er meer crisissituaties ontstaan. Om de ontstane situatie het hoofd te bieden is het belangrijk om samen te werken over de domeinen heen. Dit betekent overleg

tussen onder meer huisarts, wijkzorg, GGZ en zorgverleners uit het sociaal domein. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) biedt kansen om deze samenwerking verder te ontwikkelen en curatieve zorg te verbinden met begeleiding vanuit het sociaal domein. Inmiddels wordt in onze regio hard gewerkt aan projecten die alle regionale stakeholders samenbrengen om de zorg gezamenlijk te verbeteren.

Consultatiefunctie sociaal domein

Zorgverleners in het sociaal domein worden steeds vaker geconfronteerd met psychische problematiek en kunnen soms onvoldoende inschatten of zij iemand zelf kunnen helpen of dat een behandeling in de GGZ nodig is. Vanaf 1 januari 2024 is hiervoor de prestatie 'consultatiefunctie sociaal domein' beschikbaar. Deze consultatiefunctie biedt zorgverleners in het sociaal domein de gelegenheid om te overleggen met een GGZ-zorgverlener. Ook deze overlegvorm draagt bij aan het optimaliseren van zorg en het verkorten van wachttijden in de GGZ.

3.5 Duurzaamheid

Zoals genoemd in Bijlage 1 'Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)' en in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) sluiten wij ons aan bij de Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ) 3.0 en de vereisten uit de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). De algemene duurzaamheidscriteria richting zorgaanbieders staan vermeld in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#). Naast deze algemene duurzaamheidscriteria, gelden voor GGZ zorgaanbieders aanvullende duurzaamheidscriteria.

We verwachten van zorgaanbieders GGZ dat ze zich committeren aan de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van de Nederlandse GGZ. Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider-zorgverzekeraar, gaan met de zorgaanbieders¹ in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we, na afstemming met de branche, op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit het uitvoeringsplan van de Nederlandse GGZ².

- De voortgang in het verlagen van de CO₂-uitstoot conform de CO₂-routekaart van de instelling, gericht op het behalen van de doelstelling van een verlaging van de CO₂-uitstoot met 30% in 2026 t.o.v. 2018;
- In kaart brengen van afvalstromen en het ongesorteerd restafval met minimaal 25% verminderen in 2026 (toewerkend naar maximaal 25% ongesorteerd restafval in 2030).
- Terugdringen medicijnverspilling en medicijngebruik gericht op 20% minder verspilling in 2026 t.o.v. 2023;
- Terugdringen voedselverspilling naar maximaal 20% in 2026;
- Transitie naar meer plantaardige eiwitten in de voeding voor patiënten/cliënten/medewerkers gericht op verhouding 50/50 dierlijk/plantaardig in 2026;³

¹ Met als selectie ten minste de 28 geïntegreerde instellingen die meer dan 2.000 patiënten specialistische ggz behandelen.

² De beoogde (kwantitatieve) resultaten t.a.v. verduurzaming die in de focuspunten zijn opgenomen, zijn 1 op 1 overgenomen uit de GDDZ 3.0.

³ Binnen de kaders van hetgeen medisch verantwoord mogelijk is.

Waar mogelijk ondersteunen we zorgaanbieders met kennis en tools zoals voorbeelden van [groene initiatieven](#) die geïmplementeerd zijn, bewezen impact hebben op duurzaamheid en kostenbesparend of kostenneutraal zijn.

Ondersteuning bij de verduurzaming van de organisatie is onder meer te vinden in de 'Toolkit duurzaamheid' van de Nederlandse ggz en het 'Draaiboek Duurzame Mobiliteit voor intramurale zorginstellingen' van het Milieu Platform Zorgsector.

3.6 Hoofdzaak Werk

Het hebben van betaald werk danwel vrijwilligerswerk is belangrijk en draagt bij aan de mentale gezondheid en aan het maatschappelijk functioneren in brede sociaal-maatschappelijke zin. Het is belangrijk dat er tijdens de behandeling al actie wordt ondernomen om weer terug te keren, of te starten, in het arbeidsproces. Om uitval te voorkomen, succesvol te re-integreren of werk te behouden, is een integrale aanpak op verschillende leefgebieden noodzakelijk. Met werk wordt nadrukkelijk geen dagbesteding bedoeld.

Als instelling geeft u samen met de convenantpartners actief invulling aan de doelstellingen van Hoofdzaak Werk en zet hierbij in op succesvolle re-integratie van mensen met een psychische kwetsbaarheid, bijvoorbeeld door de inzet op IPS (Individual Placement and Support) voor de doelgroep EPA (Ernstige Psychiatrische Aandoening).

Als vrijgevestigde bent u op de hoogte van de regionale mogelijkheden en kunt u hier naar doorverwijzen.

3.7 Cruciale zorg

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om gezamenlijk "zicht te krijgen op de benodigde capaciteit, voorzieningen en infrastructuur van (boven) regionaal cruciaal zorgaanbod, passend bij de zorgvraag van de patiënt (IZA – pagina 60-62)". Landelijke partijen zijn met elkaar in gesprek over de nadere uitwerking van deze afspraken. Zorgverzekeraars nemen de uitwerking van dit traject mee in de contractering 2025 mits oplevering plaatsvindt voor 1 juli 2024.

3.8 Mentale gezondheidsnetwerken

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om per 2025 mentale gezondheidsnetwerken en verkennende gesprekken te contracteren. Een landelijke programma van brancheorganisaties, NZa, ZiNL en VWS bereidt de oplevering van de landelijke randvoorwaarden voor regionale implementatie voor, met als resultaat handvatten voor de inhoud, een bekostigingstitel en (naar verwachting) een gezamenlijke leidraad contractering, uiterlijk op te leveren per 1 juli 2024. Zorgverzekeraars nemen de uitwerking van dit traject mee in de contractering 2025 mits oplevering plaatsvindt voor 1 juli 2024.

4 Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop GGZ?

4.1 Speerpunten GGZ

Wachttijstreductie

Zorg en Zekerheid verwacht dat verzekerden tijdig, en ten minste binnen de Treeknormen, optimale zorg ontvangen. In een aantal gevallen zijn wachtlijsten dermate lang, dat de Treeknormen worden overschreden. Wanneer wachttijden transparant en up-to-date zijn, kunnen verzekerden een weloverwogen keuze maken voor een zorgaanbieder. Voor de zorgverzekeraar is diezelfde transparantie van belang om verzekerden goed te kunnen bemiddelen en te kunnen voorzien in de zorgplicht.

De Transparantieregeling (nu geldend is [Regeling TH/NR-028](#)) verplicht GGZ-instellingen op hun website per locatie de actuele wachttijden weer te geven, bij te houden en deze wachttijden maandelijks aan te leveren bij het Zorgbeeldportaal van de NZa. Verder is het van belang dat zorgaanbieders ervoor zorgen dat noodzakelijke zorg altijd plaats kan vinden en dus rekening houden met seizoensgebonden fluctuaties in het behandelaanbod. Wanneer de wachttijden de Treeknormen overschrijden, wordt de verzekerde verwezen naar een andere gecontracteerde zorgaanbieder of naar onze afdeling Zorgbemiddeling & Advies. Uitzondering hierop is de situatie van de wenswachtende, waarbij een verzekerde zelf de keuze maakt te willen wachten tot de gekozen behandelaar of behandelplek beschikbaar is.

Zorg en Zekerheid bespreekt de wachttijden in de gesprekken met zorgaanbieders. Wanneer er sprake is van overschrijding van de Treeknormen maakt Zorg en Zekerheid met de zorgaanbieder concrete afspraken over de verkorting van de wachttijden. Daarnaast zijn er regionale transfertafels actief waarin verzekerden naar een optimale behandelplek kunnen worden verwezen met een zo kort mogelijke wachttijd.

Administratieve lastenverlichting

Zorg en Zekerheid sluit zich aan bij de landelijke inspanningen om te komen tot administratieve lastenverlichting voor GGZ-zorgaanbieders. Administratieve processen zijn onlosmakelijk verbonden met het leveren en verantwoorden van zorg. Aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders de gezamenlijke taak om de bijkomende administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. Zorg en Zekerheid neemt deel aan de landelijke gesprekken die hierover met het veld gevoerd worden.

Voorbeelden van administratieve lastenverlichting zijn het gebruik van het landelijke verzekerdenmutatiemodel, digitale contractering en elektronisch declareren. Verder heeft de introductie van het Landelijk Kwaliteitsstatuut het mogelijk gemaakt passages uit onze zorgovereenkomsten te verwijderen, waardoor een korte en bondige zorgovereenkomst is ontstaan. Ook zetten wij ons in om met GGZ-instellingen te komen tot horizontaal toezicht, zodat de gezamenlijke inspanning die we moeten leveren voor materiële controle, sterk kan worden verminderd.

Kwaliteit van zorg

Als kader voor de kwaliteit van zorg hanteert Zorg en Zekerheid datgene wat door de Zvw als verzekerde zorg wordt aangemerkt. GGZ-zorg wordt niet ingekocht bij verpleeg- of verzorgingshuizen of zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten die vanuit de Wlz gefinancierd worden. Zorg en Zekerheid is van mening dat deze zorgaanbieders via samenwerkingsafspraken met curatieve GGZ-zorgaanbieders optimale zorg voor onze verzekerden kunnen realiseren.

Tevens kopen wij geen zorg in die in het buitenland geleverd wordt, omdat dit in de regel geen therapeutische meerwaarde heeft. De GGZ-zorg moet worden geleverd volgens artikel 2.4 lid 1 van het Besluit zorgverzekering.

Zorg en Zekerheid voorziet in de borging van kwalitatieve GGZ-zorg door:

- Het Landelijk Kwaliteitsstatuut dat elke GGZ-zorgaanbieder heeft ingeschreven in het Register Zorginstituut. Een document alleen is volgens Zorg en Zekerheid niet voldoende. De zorgaanbieder moet er ook op toezien dat het Landelijk Kwaliteitsstatuut op gepaste wijze binnen de organisatie wordt nageleefd.
- Een juiste rol van de regiebehandelaar die de verantwoordelijkheid draagt voor de integraliteit van het behandelproces en als centraal aanspreekpunt fungeert voor alle betrokkenen, inclusief verzekerde en diens naasten. Zorg en Zekerheid toetst de juiste rol van de regiebehandelaar waarbij we uitgaan van een directe betrokkenheid en een voldoende mate van tijdsbesteding. Wanneer sprake is van een multidisciplinair overleg (MDO), verwacht Zorg en Zekerheid dat het MDO wordt ingevuld op een manier die aansluit bij het doel, zoals omschreven door het Nivel en zoals beschreven in het Landelijk Kwaliteitsstatuut.
- Alleen behandelmethoden zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden en die bewezen effectief zijn conform de stand van wetenschap en praktijk worden ingezet. Leidraad hierbij is de '[ZN circulaire Therapieën GGZ](#)'. Bij het inzetten van evidence-based therapieën is het van belang dat de regiebehandelaar monitort of deze therapieën op de juiste wijze worden ingezet.
- Doelmatige zorg door te sturen op en controleren van doelmatigheid en gepast gebruik. Hiertoe richt Zorg en Zekerheid zich onder andere op de volgende items:
 - 'Gepast gebruik van zorg' waarbij het zorgaanbod aansluit bij de zorgvraag van de verzekerde en tevens aangeboden wordt op de juiste plek.
 - Klinische zorg wordt alleen geleverd indien er sprake is van medisch noodzakelijk verblijf.
 - Zorgaanbieders hanteren duidelijke in- en uitstroomcriteria die op verzoek overhandigd kunnen worden.
 - Wij stimuleren de inzet van e-health binnen de behandeling.
- Patiëntgerichte zorg die aansluit bij de behoefte van de verzekerde. Behandeldoelen worden altijd samen met de verzekerde, en waar mogelijk diens naasten, vastgesteld. Het uitgangspunt is een behandeling die gericht is op functioneren in het dagelijkse leven en herstel. Hierbij moet nadrukkelijk de koppeling worden gemaakt met zorg en ondersteuning vanuit andere domeinen. Tevens dienen zorgaanbieders hun communicatie en behandeling aan te passen aan het begripsniveau van de verzekerde en aan het vermogen om opdrachten thuis uit te voeren en een e-health behandeling te volgen. Bij het vermoeden van een licht verstandelijke beperking wordt structureel en laagdrempelig gescreend en zal de behandeling daarop worden aangepast.

Tijdens inkoopgesprekken wordt aan GGZ-instellingen gevraagd om hun patiëntenraden bij de voorbereiding van deze gesprekken te betrekken en waar mogelijk ook een afgevaardigde van de patiëntenraad aan te laten sluiten bij het inkoopgesprek.

Ouderenpsychiatrie

Met de toename van het aantal ouderen neemt ook de groep ouderen met een complexe zorgvraag toe. Wanneer deze zorgvraag wordt gecombineerd met een tekort aan zorgpersoneel, een afname van het aantal mantelzorgers per oudere en stijgende zorgkosten dan vraagt dit om een andere inrichting van ouderenzorg. Hierbij staat de kwaliteit van de zorg voor ouderen voorop. De zorg moet persoonsgericht, doelmatig en toegankelijk zijn, waarbij de behoeften van de oudere centraal staan. Zorg en Zekerheid vindt het belangrijk om verder te kijken dan de medische zorgvraag en ook de sociale aspecten rondom de gezondheid van de oudere mee te nemen. Hoe zorgen we ervoor dat ouderen nu en in de toekomst zorg kunnen genieten die bij hun behoefte past? Zorg en Zekerheid ziet een integraal zorgaanbod met regionale samenwerking in de keten als de oplossing om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen. De ouderenpsychiaters die in onze regio werkzaam zijn, kunnen meedenken met onze verzekerden over bovenstaande uitdagingen. In [onze visie](#) op ouderenzorg leest u de visie van Zorg en Zekerheid op ouderen in algemene zin.

Verslavingszorg voor GGZ-instellingen

Zorg en Zekerheid hanteert specifieke afspraken voor verslavingszorg waarbij het rapport 'Verslavingszorg in beeld' van het Zorginstituut Nederland als leidraad dient. Hiermee beogen wij een doel- en rechtmatige inkoop die effectief is voor verzekerden. Daarnaast bieden separate afspraken de mogelijkheid om op basis van inkoopspecificaties relaties aan te gaan of te verstevigen met zorgaanbieders van verslavingszorg. Zo wordt onder meer aandacht besteed aan de vraag welke interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en aan de afweging of de zorg ambulant dan wel klinisch wordt aangeboden.

4.2 Impactvolle transformaties

Zorg en Zekerheid staat open voor impactvolle transformaties voor het voorkomen, vervangen, verplaatsen en verduurzamen van zorg. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft de vereisten die Zorg en Zekerheid stelt aan impactvolle transformaties.

Om zorginnovaties uit te proberen en bij de zorgverzekeraar in rekening te kunnen brengen, heeft de NZa de Regeling Innovatie voor kleinschalige experimenten opgesteld. Met deze regels kan maximaal drie jaar kleinschalig geëxperimenteerd worden met nieuw zorgaanbod. Dit kan gaan om nieuwe diagnostiek of behandeling, maar ook om het slimmer organiseren van zorg en de inzet van e-health. Zorg en Zekerheid sluit graag aan bij lopende experimenten door het ondertekenen van het aansluitformulier dat de NZa heeft opgesteld. Ook staan we ervoor open om zelf een experiment te starten in onze eigen regio. Wilt u samen met ons de mogelijkheden verkennen? Geef dat dan aan bij onze afdeling Zorginkoop via zorginkoop.ggz@zorgenzekerheid.nl.

Zorg en Zekerheid doet tevens graag mee aan lokale initiatieven die de buurt gezonder maken. Een voorbeeld hiervan is het project waarbij buurtgenoten met een psychische kwetsbaarheid met elkaar in contact gebracht worden en gestimuleerd worden er samen op uit te trekken. Heeft u ook een goed idee om uw buurt met betrekking tot mentale gezondheid gezonder te maken, laat het ons weten via zorginkoop.ggz@zorgenzekerheid.nl.

5 Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst?

5.1 Minimum- en kwaliteitseisen

Zorgaanbieders komen mogelijk in aanmerking voor een zorgovereenkomst als zij voldoen aan de eisen die Zorg en Zekerheid stelt. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft de algemene minimum- en kwaliteitseisen. Vanuit GGZ gelden de volgende aanvullende kwaliteits- en minimeisen:

Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders

In aanmerking voor een zorgovereenkomst komen vrijgevestigde GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch (neuro-)psychologen en psychiaters die:

- beschikken over een goedgekeurd Landelijk kwaliteitsstatuut dat is ingeschreven in het Register van het Kwaliteitsinstituut;
- voldoen aan de voorwaarden voor kwaliteit zoals beschreven in dit zorginkoopbeleid;
- minimaal 80% van de behandel tijd (direct en indirect) van de verzekerde laten leveren door de regiebehandelaar zelf;
- voldoen aan de voorwaarden voor de omvang van de praktijk (maximaal 9 fte zorgverleners en niet meer dan drie behandellocaties);
- zorg leveren in de directe omgeving van de verzekerde.

Zorgovereenkomsten met vrijgevestigde zorgaanbieders sluiten wij op praktijkniveau en niet op zorgverlenersniveau.

Nieuwe GGZ-instellingen

In aanmerking voor een zorgovereenkomst komen GGZ-instellingen die:

- beschikken over een goedgekeurd Landelijk kwaliteitsstatuut dat is ingeschreven in het Register van het Kwaliteitsinstituut;
- in het bezit zijn van een geldige toelating in het kader van de Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTZa);
- een psychiater en/of klinisch psycholoog in loondienst hebben;
- zorg leveren in de directe omgeving van de verzekerde;
- een innovatief zorgaanbod leveren aan onze verzekerden waarvoor aantoonbaar een tekort bestaat in het zorgaanbod;
- voldoen aan de voorwaarden voor kwaliteit zoals beschreven in dit document;

Vrijgevestigde zorgaanbieders of kleine praktijken die op basis van de WTZa regelgeving een kleine GGZ-instelling zonder medisch specialist worden, ontvangen een zorgovereenkomst met alleen de setting monodisciplinair. Wanneer een psychiater en/of klinisch psycholoog in loondienst is beoordelen wij of voldoende disciplines in de GGZ-instelling werkzaam zijn om de setting multidisciplinair aan de zorgovereenkomst toe te voegen.

5.2 Looptijd van de zorgovereenkomsten

Type zorgaanbieders	Looptijd
Vrijgevestigden	Van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2026
GGZ-Instellingen zonder offertetraject	Van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2026
GGZ-Instellingen met offertetraject	Van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025

5.3 Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders

Alle zorgaanbieders die in 2024 een zorgovereenkomst hadden met Zorg en Zekerheid, die voldoen aan de eisen in het Algemeen zorginkoopbeleid en aan de minimum- en kwaliteitseisen zoals beschreven in hoofdstuk 5.1, bieden wij voor 2025 een zorgovereenkomst aan, tenzij anders benoemd in dit zorginkoopbeleid.

Met de bestaande groep GGZ-instellingen met offertetraject worden individuele zorginkoopgesprekken gevoerd. Deze bestaande groep GGZ-instellingen ontvangen hiervoor een uitnodiging.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.

5.4 Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Niet-gecontracteerde zorgaanbieders komen mogelijk in aanmerking voor een zorgovereenkomst, indien zij voldoen aan de eisen in het Algemeen zorginkoopbeleid en aan de minimum- en kwaliteitseisen zoals beschreven in hoofdstuk 5.1. Hierbij houdt Zorg en Zekerheid onder andere rekening met het huidige gecontracteerde aanbod, de focus op de regio, de aanwezigheid van Zorg en Zekerheid-verzekerden en het voldoen aan de zorgplicht.

Aanvragen zorgovereenkomst 2025

Wanneer u als niet-gecontracteerde zorgaanbieder in aanmerking wilt komen voor een zorgovereenkomst 2025, dan kunt u uw aanvraag uiterlijk 31 augustus 2024 indienen onder vermelding van 'Verzoek zorgovereenkomst GGZ' bij contractbeheer@zorgenzekerheid.nl.

Tussentijds aanvragen zorgovereenkomst

Zorg en Zekerheid is terughoudend in het contracteren van niet-gecontracteerde zorgaanbieders gedurende het lopende contractjaar. Heeft u toch een verzoek voor een zorgovereenkomst, dan kunt u uw aanvraag indienen onder vermelding van 'Verzoek zorgovereenkomst GGZ' bij contractbeheer@zorgenzekerheid.nl.

Indien de aanvraag compleet is en wordt goedgekeurd, dan krijgt u per de eerste kalenderdag van de maand van aanvragen een zorgovereenkomst aangeboden. De zorgovereenkomst moet binnen zes weken na de dag van ontvangst door de zorgaanbieder worden ondertekend.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.

5.5 Bijcontracteren

In deze paragraaf leest u onder welke omstandigheden bijcontracteren mogelijk is. Bijcontracteren kan van toepassing zijn bij het tussentijds herzien van het omzetplafond. Bijcontractering vindt plaats met inachtneming van het financiële kader dat Zorg en Zekerheid (nog) tot beschikking heeft. Voor het tussentijds herzien van het omzetplafond dient minimaal sprake te zijn van:

- aantoonbare groei van verzekerden; en/of
- onvoorziene omstandigheden die optreden na het sluiten van de zorgovereenkomst.

Het proces van bijcontracteren ziet er als volgt uit:

- De zorgaanbieder geeft uiterlijk 1 oktober 2025 aan dat een overschrijding van het omzetplafond wordt verwacht via zorginkoop.ggz@zorgenzekerheid.nl.
- Zorg en Zekerheid bekijkt in het eerste kwartaal van 2026 of herziening van het omzetplafond mogelijk is en treedt in overleg met de zorgaanbieder over de noodzaak van de herziening. Zorg en Zekerheid koppelt de uitkomst uiterlijk 31 maart 2026 terug aan de zorgaanbieder.
- De zorgaanbieder en Zorg en Zekerheid leggen een eventuele herziening van het omzetplafond vast in een addendum bij de zorgovereenkomst.

6 Hoe ziet het contracteerproces eruit?

6.1 Bepalen van de tarieven

Zorg en Zekerheid onderscheidt in de contractering verschillende groepen met elk een eigen vaststelling van de tarieven. Voor de vrijgevestigden en de instellingen zonder offertetraject is sprake van een vast tariefpercentage ten opzichte van de geldende NZa-maximumtarieven. Voor de instellingen met offertetraject maakt Zorg en Zekerheid individuele productieafspraken op basis van een percentage van de geldende NZa-maximumtarieven.

Groep zorgaanbieders	Vaststelling tarieven
Vrijgevestigden	Dit betreft een zorgovereenkomst op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven in 2025.
GGZ-Instellingen zonder offertetraject	Dit betreft een zorgovereenkomst op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven 2025.
GGZ-Instellingen met offertetraject	De tarieven komen tot stand op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven 2025.

6.2 Aanbod van de zorgovereenkomsten

U krijgt de zorgovereenkomst digitaal aangeboden via het Zorginkoopportaal van VECOZO. U dient tijdig een certificaat aan te vragen bij VECOZO om de zorgovereenkomst te kunnen inzien en ondertekenen. Waar mogelijk krijgt u de zorgovereenkomst aangeboden op ondernemingsniveau.

De contractering vindt plaats op basis van de gegevens zoals bekend bij Vektis. De gegevens in de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid baseren wij ook op Vektis. Het bij Vektis geregistreerde e-mailadres gebruiken wij om u te informeren. Het is daarom belangrijk dat u de gegevens controleert en waar nodig direct wijzigt bij Vektis.

6.3 Planning

De planning voor het inkoopjaar 2025 ziet er als volgt uit:

Uiterste datum	Inkoopactiviteit GGZ
1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
31 augustus 2024	Uiterste datum voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders om een zorgovereenkomst 2025 aan te vragen.
September 2024	Aanbieden zorgovereenkomsten aan zorgaanbieders.
10 november 2024	Uiterste datum van ondertekening in het Zorginkoopportaal van VECOZO.
12 november 2024	Informerende van verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod via de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid.
Gedurende heel 2024	Publicatie van eventuele aanvullingen of wijzigingen op het zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .

Als naar het oordeel van Zorg en Zekerheid omstandigheden aanleiding geven het zorginkoopbeleid en de zorginkoopprocedure tussentijds aan te passen, zullen wij u hierover informeren via een bericht op onze [website](#).

7 Heeft u vragen?

Wij hopen dat u een helder beeld heeft van het zorginkoopbeleid GGZ 2025 van Zorg en Zekerheid. Heeft u vragen over de contractering, dan kunt u deze vragen per e-mail stellen via contractbeheer@zorgenzekerheid.nl. U kunt Zorg en Zekerheid tussen 8 en 12 uur telefonisch bereiken op 071 582 5441.

Disclaimer

Dit zorginkoopbeleid is opgesteld met inachtneming van de nu bekende wettelijke, beleids- en financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor om het zorginkoopbeleid en de bijbehorende zorginkoopprocedure op enig moment aan te passen wegens interne actoren, externe factoren waaronder gewijzigde of nog te wijzigen wet- en regelgeving (inclusief beleidswijzigingen) en gewijzigde of nog te wijzigen financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich ook het recht voor om het zorginkoopbeleid verder aan te vullen, te wijzigen en/of te verduidelijken.

Bijlage 1: Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Inleiding

Verduurzamen van de zorgsector

De zorgsector is verantwoordelijk voor 7% van de CO₂-uitstoot, 13% van het grondstofverbruik en 4% van het afval in Nederland (RIVM, 2022). Dat heeft ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid.⁴ Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap (Zvw- en Wlz-breed). Daarom zetten we samen met zorgaanbieders in op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector en monitoring daarvan.

We doen dit op basis van de afspraken die in Nederland gemaakt zijn in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0). De GDDZ 3.0 is op 4 november 2022 door zorgbranches⁵, kennisinstituten, ministeries, de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland getekend. De kaders van de Green Deal zijn het Rijksbrede beleid en (internationale) wetgeving, waaronder 55% CO₂-reductie in 2030, 50% minder gebruik van primaire abiotische grondstoffen in 2030 en de Ketenaanpak Medicijnresten uit Water. Meer informatie hierover is te vinden in de GDDZ 3.0.⁶

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

Een nieuwe ontwikkeling is de Europese CSRD die bedrijven en organisaties verplicht te rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Dit geldt niet alleen voor de impact van de eigen bedrijfsvoering, maar voor impacts in de gehele keten van leveranciers en afnemers van de rapporterende organisatie. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 2026) te rapporteren conform de CSRD-vereisten over het verzekeringsjaar 2025.⁷ Dit betekent dat wij mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van onze leveranciers en zorgaanbieders nodig hebben. We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die zorgverzekeraars van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving. De zorgverzekeraars stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0- partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Hoe dit er voor 2025 precies uit gaat zien, is op dit moment nog niet bekend. Zodra hierover meer duidelijk is, zult u door de zorgverzekeraars worden geïnformeerd. We spannen ons in om hierover zo snel mogelijk, en bij voorkeur voor 30 juni 2024, duidelijkheid te kunnen bieden.

Zorginkoopbeleid 2025

Om samen met zorgaanbieders in te zetten op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector, verwachten we van zorgaanbieders dat zij:

- zich committeren aan de doelen van de GDDZ 3.0 die op 4 november 2022 tussen zorgpartijen is overeengekomen voor de periode tot en met 2026. Wij bedoelen met commitment dat de zich committerende zorgaanbieder zich in beleid en handelen aantoonbaar en uitlegbaar richt op het realiseren van de doelstellingen van de GDDZ3.0.;

⁴ [Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuoetafdruk en voorbeelden voor een goede zorgomgeving | RIVM](#)

⁵ Voor de Zvw-bekostigde zorgverlening betreffen de GDDZ3.0-partners de zorgbranches Actiz, de Nederlandse ggz, KNMP, NFU en NVZ.

⁶ [Green Deal Samen werken aan duurzame zorg \(Green Deal 3.0\)](#)

⁷ Sommige (grotere) zorgverzekeraars rapporteren al per 2025 conform de CSRD-vereisten (over verzekeringsjaar 2024).

- duurzaamheid verankeren in hun strategie. Van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in geval zij verplicht zijn een jaarverslag te maken maar niet CSRD-plichtig zijn, in het jaarverslag ook rapporteren over de duurzaamheidsprestaties van hun organisatie (voor zo ver beschikbaar) en hoe die zich verhouden tot doelen en ambities van de organisatie (voor zo ver bepaald);
- conform GDDZ3.0 (art. 4.2.e.) een mobiliteitsplan hebben opgesteld gericht op het terugdringen van de CO₂-emissie t.g.v. vervoersbewegingen van medewerkers (alleen zorgaanbieders met meer dan 100 fte).⁸

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector. Zie www.zn.nl voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars daartoe hebben verzameld.

⁸ [RVO inzake rapportage werkgebonden personenmobiliteit; MPZ inzake wetgeving werkgebonden personenmobiliteit](#)