

Geestelijke Gezondheidszorg zorginkoopbeleid 2026



Versie 1.0
Versie 1.1

1 april 2025
30 september 2025

Zorginkoopbeleid 2026

Geestelijke Gezondheidszorg

Inhoud

1	Wat zijn de wijzigingen per 2026?	3
2	Welke informatie vindt u in dit document?	4
2.1	Inleiding	4
2.2	Welke informatie vindt u waar?	5
3	Wat willen wij bereiken?	5
3.1	Algemene visie op GGZ	5
3.2	Digitale zorg	6
3.3	Duurzame zorg	6
4	Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop GGZ?	6
4.1	Focus: Wachtlijstreductie	6
4.2	Focus: Kwaliteit van zorg	7
5	Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst?	8
5.1	Minimum- en kwaliteitseisen	8
	Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders	8
	Nieuwe GGZ-instellingen	8
5.2	Informatie voor zorgaanbieders	8
5.3	Aanvragen zorgovereenkomst	9
6	Hoe ziet het contracteerproces eruit?	9
6.1	Bepalen van de tarieven	9
6.2	Bijcontracteren	9
6.3	Planning	9
7	Heeft u vragen?	10
8	Bijlage 1 Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vastgestelde afspraken verwijdsdatum	11

1 Wat zijn de wijzigingen per 2026?

In het zorginkoopbeleid geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2026 zijn de volgende zaken gewijzigd ten opzichte van 2025:

- Een verwijzing naar informatie op de website is toegevoegd (hoofdstuk 2.1 en 2.2).
- In het zorginkoopbeleid 2025 stonden de strategieën 'regionale samenwerking,' 'passende zorg' en 'duurzaamheid' vermeld. De strategie 'duurzaamheid' gaat per 2026 verder als het thema 'duurzame zorg'. Informatie over dit thema en over de strategieën 'regionale samenwerking' en 'passende zorg' is verplaatst naar de website van Zorg en Zekerheid.
- De voorheen genoemde 'Algemene visie op GGZ' staat nu vermeld als 'Algemene ambities GGZ' in hoofdstuk 3.
- Informatie over cruciale GGZ is toegevoegd (hoofdstuk 3.1).
- Zorg en Zekerheid neemt bij de inventarisatie van de cruciale zorg de gespreksleidraad cruciale zorg als uitgangspunt (hoofdstuk 3.1).
- Informatie over Mentale Gezondheidsnetwerken en het verkennende gesprek is toegevoegd (hoofdstuk 3.1).
- In hoofdstuk 3.2 verwijzen wij naar de Ambities Zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025 & 2026 in plaats van Ambities Zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025. In het nieuwe document zijn de toevoegingen per 2026 terug te vinden in de gekaderde teksten.
- De landelijke teksten omtrent duurzaamheid zijn vervangen door een verwijzing naar de pagina van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) waarin de volgende nieuwe zaken staan vermeld (hoofdstuk 3.3):
 - Het aansporen van zorgaanbieders om verder te werken aan de doelen en afspraken uit de GDDZ3.0;
 - Beschreven staat dat zorgverzekeraars moeten uitwerken hoe zij compliant kunnen rapporteren conform de CSRD, waarbij administratieve lasten richting zorgaanbieders zoveel mogelijk worden voorkomen;
 - Zorgverzekeraars moeten over CSRD-rapportages 2026 vóór 1 oktober 2025 richting zorgaanbieders aangeven welke metingen zij nodig hebben. **Actualisering (30 september 2025): er vindt geen CSRD data-uitvraag aan zorgaanbieders door zorgverzekeraars in 2026 plaats. Voor meer informatie verwijzen wij naar de [website van ZN](#);**
 - In plaats van 'zich committeren' staat beschreven dat van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij zich inspannen om bij te dragen aan de doelen van de GDDZ3.0;
 - Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij, voor zover beschikbaar, rapporteren over hun duurzaamheidsprestaties;
 - Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij aantoonbaar voortgang boeken op de uitvoering van het mobiliteitsplan.
 - Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat de CO2-portefeuille routekaart gereed en ingediend is bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg;
 - Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat de afvalstromen in 2026 in kaart zijn gebracht;
 - Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat zij aantoonbaar uitvoering geven aan plannen om medicijnverspilling te verminderen en aantoonbaar voedselverspilling terug te dringen;

- Alleen als het medisch verantwoordelijk is dient een transitie naar meer plantaardige eiwitten in de voeding plaats te vinden;
 - Implementatie van ten minste 1 nieuw groen initiatief in 2026;
 - In de tekst is informatie toegevoegd over de Milieuthermometer Zorg.
- Zorg en Zekerheid volgt de leidraad Mentale Gezondheidsnetwerken (hoofdstuk 3.1).
- De naamgeving 'Speerpunten' is gewijzigd naar 'Focus' (hoofdstuk 4), waarbij de informatie over impactvolle transformaties is verplaatst naar de website.
- Zorg en Zekerheid volgt de door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vastgestelde nieuwe tekst omtrent het invullen van de verwijzdatum in het declaratieverkeer (hoofdstuk 4.1).
- Informatie voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders is samengevoegd (hoofdstuk 5.2).
- Informatie over een maximum op de toeslag psychodiagnostiek is toegevoegd (hoofdstuk 5.2).
- Informatie voor het aanvragen en tussentijds aanvragen van een zorgovereenkomst is samengevoegd (hoofdstuk 5.3). In de tekst is de volgende informatie verwijderd: Zorg en Zekerheid is terughoudend in het contracteren van niet-gecontracteerde zorgaanbieders gedurende het lopende contractjaar.
- Informatie over het aanbod van de zorgovereenkomsten via VECOZO en de registraties bij Vektis is verplaatst naar het Algemeen zorginkoopbeleid.
- Informatie over de planning van het bijcontracteren is in de planning geplaatst (hoofdstuk 6.3).

2 Welke informatie vindt u in dit document?

2.1 Inleiding

In het zorginkoopbeleid GGZ 2026 leest u op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid GGZ voor 2026 inkoopt. Dit zorginkoopbeleid geldt als aanvulling op het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) en informatie op de website ([missie en visie](#), [strategieën](#) en [thema's](#)). Bij tegenstrijdigheden prevaleren de documenten in de volgorde: 1) Geestelijke gezondheidszorg zorginkoopbeleid, 2) Algemeen zorginkoopbeleid en 3) de hiervoor genoemde informatie op de website.

2.2 Welke informatie vindt u waar?

Zorginkoopbeleid GGZ	Algemeen zorginkoopbeleid	Website
Ambities GGZ (hoofdstuk 3)	Algemene standaardvoorwaarden voor zorgaanbieders om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst, met de hierbij horende algemene minimumeisen en uitsluitingsgronden	Ons doel: van zorg naar gezondheid
Focuspunten GGZ (hoofdstuk 4)	Onze wijze van focussen op doelmatigheid, rechtmatigheid en integriteit van zorgaanbieders	Onze missie: wij gaan voor gezondheid en verzekeren dat goede zorg nu en in de toekomst toegankelijk is
Welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst (hoofdstuk 5)	De algemene planning en het aanbod van de zorgovereenkomsten	Onze visie: onze verzekerden zijn de gezondste versie van zichzelf
Praktische informatie over planning rondom het contracteerproces (hoofdstuk 6)		Onze strategieën: regionale samenwerking en passende zorg
De mogelijkheid tot het stellen van vragen (hoofdstuk 7)		Onze thema's: eigen regie en preventie, wonen en zorg voor ouderen, GGZ en mentaal welbevinden, acute zorg, digitale zorg, arbeidsmarkt en duurzame zorg
		Informatie over Integraal Zorgakkoord (IZA) en impactvolle transformaties

3 Wat willen wij bereiken?

Het doel van Zorg en Zekerheid is om van zorg naar gezondheid te bewegen, zodat goede zorg voor onze verzekerden nu én in de toekomst toegankelijk blijft (missie) en onze verzekerden de gezondste versie van zichzelf kunnen zijn (visie). Hieronder leest u hoe wij vanuit 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 zorg (binnen de Treeknormen). Om optimale geestelijke gezondheid te bereiken is doelmatige zorg van belang. Dit betekent kwalitatief betere zorg voor verzekerden tegen lagere kosten. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door het opnemen van concrete doelstellingen in het behandelplan, het monitoren van de realisatie hiervan en het tijdig afsluiten van de behandeling. Daarnaast kan het gebruik van eHealth behandelprogramma's een bijdrage leveren aan het verbeteren van de doelmatigheid.

Om optimale zorg te bereiken is het belangrijk om 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).

Over cruciale GGZ zijn landelijke afspraken gemaakt in het [Integraal Zorgakkoord](#). Eén van die afspraken is om de vraag en het aanbod van cruciale ggz [in kaart te brengen](#). Daarnaast wordt gekeken of de cruciale ggz voor iedereen zo dicht bij mogelijk beschikbaar is. Sommige soorten zorg

moeten in elke regio aanwezig zijn. Voor andere soorten werken regio's met elkaar samen. Wij hanteren bij de inventarisatie van deze zorg de gespreksleidraad cruciale ggz als uitgangspunt.

Ten slotte zetten we in op de vermindering van de instroom in de GGZ door te investeren in de oprichting van Mentale Gezondheidsnetwerken en het verkennende gesprek. Het verkennende gesprek gaat gevoerd worden door een GGZ professional samen met een professional uit het sociale domein en mogelijk ook een ervaringsdeskundige. Deze gecombineerde inzet gaat helpen om mensen met een hulpvraag snel naar de juiste plek, ook buiten de zorg, te leiden.

Dit alles moet leiden tot een afname van de instroom in de GGZ waardoor capaciteit beschikbaar komt voor complexe zorgvragen die de inzet van de GGZ vereisen. Wij volgen bij bovenstaande proces de leidraad Mentale Gezondheidsnetwerken.

3.2 Digitale zorg

Digitale zorg is een onderdeel van het verlenen van zorg op de juiste plek. Zorg en Zekerheid sluit zich aan bij de Ambities Zorginkoop digitalisering 2025 en 2026. Meer informatie over digitale zorg kunt u lezen op de [website van Zorgverzekeraars Nederland](#) (ZN).

3.3 Duurzame zorg

Zorg en Zekerheid sluit zich aan bij de Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ) 3.0 en de vereisten uit de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). Meer informatie hierover vindt u op [de website van ZN](#). Bij de publicatie van het zorginkoopbeleid op 1 april 2025 werd vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aangegeven dat zorgverzekeraars vóór 1 oktober 2025 richting zorgaanbieders aangeven welke metingen zij nodig hebben voor de CSRD-rapportages 2026. Actualisering (30 september 2025): er vindt geen CSRD data-uitvraag aan zorgaanbieders door zorgverzekeraars in 2026 plaats. Voor meer informatie verwijzen wij naar de [website van ZN](#).

4 Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop GGZ?

4.1 Focus: Wachtlijstreductie

Zorg en Zekerheid verwacht dat verzekerden tijdig, en tenminste binnen de Treeknormen, optimale zorg ontvangen. In een aantal gevallen zijn wachtlijsten dermate lang, waardoor 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 geldende [Transparantieregeling zorgaanbieders ggz](#) verplicht GGZ-instellingen op hun website per locatie de actuele wachttijden weer te geven en deze wachttijden maandelijks aan te leveren bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). In aanvulling hierop volgt Zorg en Zekerheid de binnen ZN afgestemde afspraken over het invullen van de verwijzdatum zoals opgenomen in Bijlage 1.

Naast het bijhouden van actuele wachttijden moeten zorgaanbieders altijd noodzakelijke zorg kunnen leveren. Het rekening houden met seizoensgebonden fluctuaties in het behandelaanbod is hierbij van belang. Als de wachttijden de Treeknormen overschrijden, dan wordt de verzekerde verwezen naar een andere gecontracteerde zorgaanbieder of naar de afdeling Zorgbemiddeling & Advies van Zorg

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

4.2 Focus: Kwaliteit van zorg

Zorg en Zekerheid hanteert de Zorgverzekeringswet (Zvw) als kader voor kwalitatieve zorg. GGZ-zorg wordt niet ingekocht bij verpleeg- of verzorgingshuizen of instellingen voor verstandelijk gehandicapten die vanuit de Wlz gefinancierd worden. Zorg en Zekerheid is van mening dat deze zorgaanbieders via samenwerkingsafspraken met curatieve GGZ-aanbieders 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.

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

- Het Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS) dat elke GGZ-zorgaanbieder heeft ingeschreven in het Register Zorginstituut. Een document alleen is volgens Zorg en Zekerheid niet voldoende. De zorgaanbieder dient er ook op toe te zien dat het LKS 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. Waarbij we uitgaan van een directe betrokkenheid en een voldoende mate van tijdsbesteding. Wanneer sprake is van een multidisciplinair overleg (MDO)-constructie, verwacht Zorg en Zekerheid dat het MDO wordt ingevuld conform de omschrijving van het Nivel en 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 sprake is van medisch noodzakelijk verblijf.
 - Zorgaanbieders hanteren duidelijke in- en uitstroomcriteria die op verzoek overhandigd kunnen worden.
 - Wij stimuleren de inzet van eHealth 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. 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.

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. Bovenop de in het Algemeen zorginkoopbeleid genoemde eisen gelden vanuit GGZ de volgende minimum- en kwaliteitseisen:

Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders (vrijgevestigde GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch (neuro-)psychologen en psychiaters):

- 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 statuut;
- minimaal 80% van de behandeltime (direct en indirect) van de verzekerde leveren door de regiebehandelaar zelf;
- voldoen aan de voorwaarden voor de omvang van de praktijk;
- zorg leveren in de directe omgeving van de verzekerde.

Nieuwe GGZ-instellingen

- 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 statuut;
- zorg leveren in de directe omgeving van de verzekerde;
- een innovatief zorgaanbod leveren aan onze verzekerden waarvoor aantoonbaar een lacune bestaat in het zorgaanbod.

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

Vrijgevestigde zorgaanbieders of kleine praktijken die op basis van de Wet toetreding zorgaanbieders (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 Informatie voor zorgaanbieders

- Reeds gecontracteerde zorgaanbieders die voldoen aan de gestelde eisen bieden wij een zorgovereenkomst voor 2026 aan, tenzij anders benoemd in het (algemeen) zorginkoopbeleid.

- Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders die een verzoek tot een zorgovereenkomst hebben, beoordeelt Zorg en Zekerheid dit verzoek aan de gestelde eisen. Ook beoordelen wij het verzoek onder andere op basis van het huidige gecontracteerde aanbod, de focus op de regio, het marktaandeel van Zorg en Zekerheid en het voldoen aan de zorgplicht.
- Vanaf 2026 kan de toeslag psychodiagnostiek per verzekerde maximaal twee maal per jaar in rekening gebracht worden.

5.3 Aanvragen zorgovereenkomst

Wanneer u als niet-gecontracteerde zorgaanbieder in aanmerking wilt komen 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:

- bij een aanvraag in 2025 voor 2026 per 1 januari 2026 een zorgovereenkomst aangeboden;
- bij een aanvraag in 2026 voor 2026 per de eerste kalenderdag van de maand van aanvraag een zorgovereenkomst aangeboden.

De zorgovereenkomst moet binnen zes weken na de dag van ontvangst door de zorgaanbieder worden ondertekend.

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.

Groep zorgaanbieders	Vaststelling tarieven
Vrijgevestigden	Dit betreft een zorgovereenkomst met een vast tarief berekend op basis van de NZa-maximumtarieven in 2026.
Instellingen zonder offertetraject	Dit betreft een zorgovereenkomst met een vast tarief berekend op basis van de NZa-maximumtarieven 2026.
Instellingen met offertetraject	De tarieven komen tot stand op basis van een overeengekomen percentage van de NZa-maximumtarieven 2026.

6.2 Bijcontracteren

In deze paragraaf leest u onder welke omstandigheden bijcontracteren mogelijk is. De planning van bijcontracteren vindt u in de planning (hoofdstuk 6.3). 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.

6.3 Planning

De planning voor het inkoopjaar 2026 ziet er als volgt uit:

Uiterste datum	Inkoopactiviteit GGZ
1 april 2025	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl
September 2025	Aanbieden zorgovereenkomsten aan zorgaanbieders
1 september 2025 (gewenste datum)	Zorgaanbieder biedt eerste offerte aan zorgverzekeraar aan
11 november 2025	Uiterste datum van ondertekening in het Zorginkoopportaal van VECOZO
12 november 2025	Informeren van verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod via de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid
1 oktober 2026 (in geval van bijcontracteren)	Zorgaanbieder stuurt een e-mail naar Zorginkoop.GGZ@zorgenzekerheid.nl met de mededeling dat overschrijding van het omzetplafond wordt verwacht
31 maart 2027	Zorg en Zekerheid beoordeelt of herziening van omzetplafond mogelijk is en koppelt de uitkomst terug aan de zorgaanbieder

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 op onze website.

7 Heeft u vragen?

Wij hopen dat u een helder beeld heeft van het zorginkoopbeleid geestelijke gezondheidszorg 2026 van Zorg en Zekerheid. Heeft u vragen? Bezoek dan onze [contactpagina](#).

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 factoren, 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.

8 Bijlage 1 Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vastgestelde afspraken verwijdsdatum

Om verzekerden (zoveel mogelijk) binnen de Treeknormen toegang te geven tot noodzakelijke zorg, hebben zorgverzekeraars beter inzicht nodig in de wachtlijsten van zorgaanbieders. De huidige sturingsinformatie schiet daarin tekort en daarom zijn we met het veld op zoek naar gepaste oplossingen.

In 2024 is de NZa gestart met een pilot om wachttijdinformatie af te leiden uit declaratiedata, waarbij zij gebruik maakt van het informatie-element 'verwijsdatum'. Deze pilot wordt in 2025 voortgezet. Vooralsnog is het onduidelijk of de NZa de 'verwijsdatum' per 1-1-2026 of 1-1-2027 verplicht zal stellen in het declaratieverkeer. Op dit moment leveren al veel zorgaanbieders de verwijsdatum aan.

Voorsortierend op een mogelijke verplichting vragen wij alle ggz-aanbieders om vanaf 2026 de verwijsdatum te vullen en mee te geven in het declaratieverkeer. Met deze informatie is het mogelijk om tijdig, in gezamenlijkheid met het veld, tot goede afbakening van definities voor de verschillende wachttijden te komen én te onderzoeken of deze methodiek op termijn de aanlevering van wachttijdinformatie via Zorgbeeldportaal kan vervangen.