

GGZ Instellingen 2027

Zorginkoopbeleid CZ

Inhoudsopgave

Geestelijke Gezondheidszorg	2
Vorbehoud	2
1. Koers en transformatieagenda CZ groep	3
1.1 De uitdagingen en onze koers	3
1.2 Onze transformatieclusters	3
1.3 Transformatie en samenwerking	4
1.4 Zo betreft CZ groep verzekerden en patiënten	5
2. Inhoudelijk beleid voor geestelijke gezondheidszorg	6
2.1 Gepaste en doelmatige zorg	6
2.2 Herinrichten zorglandschap	7
2.3 Digitale zorg en AI	9
2.4 Duurzaamheid	10
3. Voorwaarden zorginkoop	11
3.1 Wijzigingen in het zorginkoopbeleid	11
3.2 Toelichting inkoopvoorwaarden	11
3.3 Voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst	14
4. Proces contractering	18
4.1 Tjdpad	18
4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	19
4.3 Bereikbaarheid	20

Geestelijke Gezondheidszorg

Zorginkoopbeleid

Geestelijke Gezondheidszorg 2027

laatste update 31-03-2026

Voorwoord

CZ groep zet zich samen met zorgaanbieders in voor toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg, nu en in de toekomst. De afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de urgente maatschappelijke opgaven uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) vormen daarbij het gezamenlijke vertrekpunt. De druk op de toegankelijkheid door personeelstekorten en een stijgende zorgvraag vraagt om snellere veranderingen. Door de zorg slimmer te organiseren en door sterker in te zetten op preventie, technologie, verminderde administratieve lasten en passende zorg, zorgen we voor een gelijkwaardige toegang tot zorg.

Wij nemen daarbij onze regierol en werken samen met zorgaanbieders aan een fundamentele transformatie van de zorg. Daarmee geven we invulling aan deze maatschappelijke opgave. Samen zetten we in op gepaste en doelmatige zorg, digitale zorg en AI, en het herinrichten van het zorglandschap. Zo zorgen we er gezamenlijk voor dat schaars zorgpersoneel daar wordt ingezet waar het de meeste waarde heeft voor patiënten en verzekerden.

CZ groep contracteert en ondersteunt zorgaanbieders die aantoonbaar bijdragen aan deze beweging en die bereid zijn om verantwoordelijkheid te nemen voor verandering. Tegelijk verwachten we van zorgaanbieders dat zij actief meewerken aan het anders organiseren van zorg, het verminderen van onnodige zorg en het toepassen van bewezen effectieve innovaties. Via onze zorginkoop, regionale samenwerking en coalities maken we gezamenlijke doelen concreet en sturen we op meetbare resultaten.

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn door OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep) met zorg samengesteld en met inachtneming van de geldende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- of regelgeving, gerechtelijke uitspraken en overige onvoorziene omstandigheden kunnen tot gevolg hebben dat het inkoopbeleid en/of de inkoopprocedure moet worden aangepast. Eventuele aanpassingen worden zo snel mogelijk gepubliceerd, waarbij we ook de reden voor aanpassing aangeven. Als er zich situaties voordoen waarin dit inkoopbeleid niet voorziet, dan heeft CZ groep de mogelijkheid om zelfstandig, aan de hand van de stand van zaken, te bepalen hoe daarmee om wordt gegaan.

Zorgplicht

CZ groep koopt zorg in om te voorzien in haar zorgplicht. Als het inkopen naar ons oordeel leidt tot onvoldoende gecontracteerde zorgaanbieders, waardoor wij niet aan onze zorgplicht kunnen voldoen, hebben wij het recht om extra zorgaanbieders te contracteren of op een andere manier zorg in te kopen.

Bezwaren

Bezwaren tegen dit inkoopbeleid (bijvoorbeeld over criteria of termijnen die wij hanteren) kunt u uiterlijk 15 mei a.s. aan ons kenbaar maken. Na deze datum is het recht daarop vervallen.

1. Koers en transformatieagenda CZ groep

1.1 De uitdagingen en onze koers

De zorg staat onder druk. De vraag naar zorg stijgt door vergrijzing, multimorbiditeit, technologische ontwikkelingen en hogere maatschappelijke verwachtingen, terwijl de beschikbare capaciteit achterblijft. Dit leidt tot langere wachttijden, hogere werkdruk en risico's voor toegankelijkheid.

Om deze maatschappelijke opgaven aan te pakken werkt CZ groep actief samen met alle partijen binnen de zorg. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zien wij de bevestiging dat samenwerking en transformatie noodzakelijk zijn om de zorg toekomstbestendig te houden.

1.2 Onze transformatieclusters

We zetten ons maximaal in voor tijdige, kwalitatief goede, betaalbare zorg, nu en in de toekomst. Daarbij gaan we op korte termijn aan de slag met signalen die we ontvangen. Deze signalen en terugkerende patronen geven ook richting aan onze koers voor de langere termijn en de focus die we hierin hebben aangebracht. We willen innoveren en transformeren met het veld om het zorglandschap ook voor de langere termijn toekomstbestendig in te richten. Dit bereiken we door een inhoudelijke focus op de onderstaande drie clusters. Door hier gelijktijdig aan te werken, houden we de zorg betaalbaar en toegankelijk, met behoud van kwaliteit:

1. **Gepaste en doelmatige zorg:** zorg die doelmatig en gepast is voor de situatie van de patiënt.
2. **Herinrichten zorglandschap:** de juiste zorg op de juiste plek, met oog voor regionale verschillen.
3. **Digitale zorg en AI:** technologie inzetten om zorg slimmer en efficiënter te organiseren.

Hieronder lichten we deze transformatieclusters verder toe.

1.2.1 Gepaste en doelmatige zorg

CZ groep ziet gepaste en doelmatige zorg (ook wel: passende zorg)^[1] als een belangrijke voorwaarde om de zorg toekomstbestendig te houden. We kunnen de zorg immers alléén toegankelijk en betaalbaar houden als we effectief en efficiënt omgaan met de schaarse personele en financiële middelen.

Veel zorghandelingen dragen niet maximaal bij aan uitkomsten voor de patiënt. Bijvoorbeeld omdat ze niet passen bij de individuele patiënt. Gepaste en doelmatige zorg draagt bij aan het verkleinen van de zorgkloof en aan een betere betaalbaarheid: er wordt minder zorg geleverd of er is een betere balans tussen de geïnvesteerde tijd en middelen en de uitkomst voor de patiënt.

CZ groep wil dat gepaste en doelmatige zorg de standaard wordt. Zo krijgen onze verzekerden de zorg die het beste bij hen past en wordt schaars personeel optimaal ingezet. Het is onze ambitie om alleen nog bewezen passende en doelmatige zorg in te kopen. Om dat voor elkaar te krijgen, leggen we afspraken over gepaste en doelmatige zorg vast in de contracten met onze aanbieders. Om de ontwikkeling richting gepaste en doelmatige zorg te versnellen, implementeren we landelijk ontwikkelde effectieve initiatieven, faciliteren we concrete nieuwe initiatieven in ons kernwerkgebied en stimuleren we samenwerking en kennisdeling. We verwachten aantoonbare resultaten en monitoren die nauwgezet. Zo dragen we bij aan de gezondheid van onze verzekerden en aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

1.2.2 Herinrichten zorglandschap

CZ groep streeft naar een zorglandschap waarin zorg en ondersteuning op de juiste plek plaatsvindt. Zo zetten we de schaarse (personeels)capaciteit optimaal in. We werken aan de concentratie en spreiding van zorg en aan sectoroverstijgende keten- en netwerkontwikkeling. Ook werken we aan een sterkere sociale basis: als het onderliggende probleem niet medisch is, is zorg niet de oplossing. We bouwen proactief voort op de basis die we al hebben gelegd in onze regio's, benutten de bestaande transformatieplannen en richten ons op opschalen. We maken per initiatief de beoogde verschuiving of afbuiging concreet en monitoren de effecten. Zo dragen we bij aan de gezondheid van onze verzekerden en aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

1.2.3 Digitale zorg en AI

Om de zorgkloof te verkleinen, wil CZ groep dat digitale technologie en AI optimaal geïntegreerd worden in de zorg. Dat kan zorg voor onze verzekerden voorkomen, verminderen of vervangen en het werk voor zorgprofessionals makkelijker en leuker maken.

Digitale zorg is wat ons betreft normaal. Daarmee bedoelen we dat effectieve technologie op grote schaal geïntegreerd is in het zorgproces. Denk aan: zelfzorg, digitale triage, redesign van zorgpaden en AI-ondersteunde diagnostiek. Daarnaast willen we dat technologie optimaal wordt ingezet om ondersteunende processen te verbeteren en te vergemakkelijken. Bijvoorbeeld de communicatie met patiënten, het verminderen van de administratieve lasten en capaciteitsmanagement. Een voorwaarde daarbij is een robuuste digitale infrastructuur, interoperabiliteit, datastandaardisatie en data-uitwisseling.

AI fungeert als stille kracht op de achtergrond om de zorg efficiënter, toegankelijker en betaalbaarder te maken. CZ groep ziet AI vooral als een hulpmiddel om zorgprofessionals te ondersteunen in het zorgproces en de administratieve lasten te verlagen, zodat zij meer tijd aan directe zorg kunnen besteden. We waken ervoor dat technologie niet 'erbovenop' komt, maar écht zorg voorkomt, vermindert of vervangt. Zo draagt ook het thema 'Digitale zorg en AI' bij aan ons streven naar gepaste en doelmatige zorg.

1.3 Transformatie en samenwerking

Om de uitdagingen binnen de zorg het hoofd te kunnen bieden, is een transformatie van de zorg nodig. Een deel daarvan vindt plaats in instellingen en die faciliteren we onder andere met inkoopafspraken. Toch kunnen we lang niet alle uitdagingen met dit instrument aanpakken, omdat ze op veel punten de individuele instellingen en sectoren overstijgen. De uitdagingen om de zorg toegankelijk te houden, vragen bijvoorbeeld om een gezamenlijke oplossing. De opgaven en doelstellingen in het IZA en AZWA bevestigen dit. Daarom zetten wij in op regionale samenwerking en thematische coalities met veldpartijen.

Op basis van de regiobeelden en regioplannen blijven we samenwerken in de huidige regionale samenwerkingsverbanden. Waar nodig vormen we grotere coalities met zorgpartijen, gemeenten en andere relevante partners. CZ groep richt zich daarbij op de belangrijkste regionale opgaven en op de clusters die we hierboven hebben beschreven: gepaste en doelmatige zorg, herinrichten zorglandschap en digitale zorg en AI.

Deze transformatie kunnen we niet alleen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) bereiken. We hebben ook de Wet langdurige zorg (Wlz), het sociaal domein, gemeenten, maatschappelijke organisaties en vooral de inwoners van de regio's keihard nodig. Deze veranderingen raken iedereen, direct of indirect. Juist daarom vinden we dat alle partijen moeten aanhaken bij de regionale aanpak. De uitvoering van transformatieplannen is hierbij een belangrijk instrument. Waar mogelijk wil CZ groep dit vastleggen in contractafspraken.

1.4 Zo betreft CZ groep verzekerden en patiënten

We vinden het belangrijk om de stem van (potentiële) verzekerden een plaats te geven in onze strategie en ons beleid. We krijgen beter inzicht in hun wensen en behoeften dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiënten(organisaties) en onze Ledenraad. Op basis van hun inbreng vormen en toetsen wij het zorg(inkoop)beleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen en organiseren wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben. Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom de toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het [transparantiedocument](#).

2. Inhoudelijk beleid voor geestelijke gezondheidszorg

De zorg aan mensen met psychische klachten staat onder druk door de toenemende vraag naar zorg en een schaarste aan personeel. De toenemende vraag leidt tot een hoge instroom in de GGZ. In combinatie met beperkte mogelijkheden voor doorstroom en uitstroom heeft dit lange wachttijden tot gevolg. Hierdoor ontvangen onze verzekerden en de meest kwetsbare personen niet altijd tijdig de benodigde ondersteuning of zorg. Het is een gezamenlijke opgave in de GGZ om de ondersteuning en de zorg voor mensen met psychische klachten beter te organiseren zodat de instroom, doorstroom en uitstroom verbeteren. Dit gaan wij doen door in te zetten op de best passende zorg (dichtbij, zo vroeg mogelijk en in groepsverband), door meer samen te werken binnen en over de grenzen van de GGZ (zelfhulp, consultatie en netwerkvorming) en door anders naar de zorg te kijken (digitale en hybride zorg, de inzet van nieuwe technologieën). Onze inzet voor 2027 sluit goed aan op de afspraken uit het IZA en het AZWA en bouwt hierop verder.

2.1 Gepaste en doelmatige zorg

We willen dat iedere cliënt in de GGZ tijdig de zorg ontvangt die aansluit bij zijn of haar individuele behoeften en zorgvraag. Daarom zetten we in op zorg die bewezen effectief is en die aantoonbaar bijdraagt aan het herstel van de cliënt. We maken met zorgaanbieders gerichte afspraken om ongewenste praktijkvariatie te verminderen om de schaarse professionele capaciteit beter in te zetten en daarmee de wachttijden te verkorten. Zo werken we samen aan een toekomstbestendige GGZ, waarin cliënten sneller de juiste zorg ontvangen, tegen de juiste prijs en op de juiste plek.

Sturen op minder praktijkvariatie

Sinds de introductie van het zorgprestatiemodel in 2022 hebben wij een volledig en actueel inzicht gekregen in de geleverde zorg, de kosten en de onderlinge verschillen tussen zorgaanbieders. Deze transparantie maakt het mogelijk om gericht te sturen op ongewenste praktijkvariatie. We zien substantiële verschillen tussen zorgaanbieders in onder meer de geleverde zorg per zorgvraagtype, settingkeuze, de inzet van groepsbehandelingen, de behandelduur, de kostenopbouw en het aandeel klinische zorg. Een deel van deze variatie is inhoudelijk verklaarbaar, maar een aanzienlijk deel niet. Dit leidt tot een inefficiënt gebruik van schaarse behandelcapaciteit.

In 2027 willen we deze ongewenste praktijkvariatie gericht terugdringen. We gaan systematisch vergelijken hoe zorgaanbieders presteren op belangrijke zorginhoudelijke en doelmatigheidsindicatoren. Daarnaast gaan wij in gesprek en sturen we bij via tariefs- en contractafspraken als de inzet, duur of intensiteit van de behandeling structureel afwijkt van wat wij als passend en doelmatig zien.

Regie en duidelijke afspraken in het behandelproces

Naast het leveren van gepaste en doelmatige zorg verwachten wij van zorgaanbieders dat zij actief de regie voeren op het behandelproces en samen met de cliënt duidelijke afspraken maken over de behandeldoelen, de duur en de evaluatiemomenten van de behandeling. Deze afspraken worden vooraf vastgelegd en tijdens de behandeling structureel geëvalueerd. Bij iedere evaluatie wordt beoordeeld of de behandeling voortgang laat zien, of de doelen of interventies aangepast moeten worden en of de behandeling kan of moet worden afgerond. Gedeelde besluitvorming is een vast onderdeel van de werkwijze van zorgaanbieders. Dit vraagt om transparante en volledige dossiervorming, de registratie van de evaluaties, het meten van uitkomsten en inzicht in hoe de behandelduur en het behandelresultaat worden gestuurd. Dit ondersteunt een continue verbetering van de kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders borgen deze werkwijze door hun medewerkers hierin op te leiden en mee te nemen, zodat alle betrokken professionals de juiste kennis en vaardigheden hebben.

Zorgvraagtypering

Zorgvraagtypering helpt om beter te bepalen welke zorg iemand nodig heeft. Het maakt de zorgvraag en de bijbehorende zorgbehoefte inzichtelijk en sluit aan bij ons uitgangspunt dat de zorgvraag van cliënt leidend is. We verwachten van zorgaanbieders dat zij zorg inzetten die past bij de zwaarte van de zorgvraag. Uit onze declaratiedata blijkt echter dat deze aansluiting niet altijd optimaal is. We zien bijvoorbeeld dat lichte en matige problematiek regelmatig wordt behandeld binnen settingen die we verwachten bij zwaardere zorg. Dit gaat ten koste van de doelmatige inzet van de schaarse behandelcapaciteit voor de meest kwetsbare doelgroep. Vanaf 2027 maken wij afspraken over de inzet van zorgvraagtypering tijdens de inkoop. Het is daarom van belang dat zorgaanbieders de zorgvraagtypering zorgvuldig vastleggen en deze tijdig aanpassen als de zorgvraag wijzigt.

Exclusiecriteria

CZ groep ziet dat steeds meer zorgaanbieders exclusiecriteria hanteren. Dit gaat – in combinatie met een toenemend beroep op de schaarse capaciteit – ten koste van de meest kwetsbare doelgroepen. Daarom vragen wij al enkele jaren welke exclusiecriteria zorgaanbieders hanteren. Daardoor krijgen we meer inzicht in de zorg die zorgaanbieders leveren en kunnen we bijsturen, zodat de zorg ook voor de meer complexe cliënten toegankelijk blijft en de zorg passend bekostigd kan worden. Ook landelijk is deze ontwikkeling opgevallen en ziet men de noodzaak om dit aan te pakken. Dit heeft geleid tot de gezamenlijke afspraak in het AZWA dat zorgaanbieders moeten stoppen met het hanteren van exclusiecriteria. Voor 2027 werken we aan het versneld inclusiever maken van de GGZ.

Groepsbehandeling

We stimuleren zorgaanbieders om meer groepsbehandeling te leveren. Dat draagt bij aan het optimaal benutten van de schaarse behandelcapaciteit. Zo vergroten we de toegankelijkheid van de GGZ zonder dat dit ten koste gaat van de effectiviteit van de behandeling. Groepsbehandelingen bieden bovendien meerwaarde buiten de therapiesessies: cliënten leren elkaar kennen, krijgen het gevoel dat ze ergens bij horen en kunnen elkaar steun bieden. Dit versterkt het behandelproces als geheel. We zien in onze declaratiedata een aanzienlijke variatie in de mate waarin zorgaanbieders groepsbehandelingen inzetten. We willen deze variatie verkleinen en de beweging naar meer gedegen groepsbehandeling versnellen: groepsbehandelingen zijn ‘voorliggend tenzij’. Alle zorgaanbieders leveren in 2027 groepsbehandelingen en beschikken over een concreet plan om deze inzet uit te breiden. Tijdens de inkoop leggen wij hierover afspraken vast. Hierbij houden we rekening met de landelijke afspraken over het stimuleren van groepsbehandelingen en de afgesproken lijn in het AZWA.

2.2 Herinrichten zorglandschap

De toegankelijkheid van de GGZ staat onder druk doordat een steeds groter deel van de capaciteit wordt ingezet voor relatief lichte, voorspelbare zorgvragen. Hierdoor raken cruciale functies overbelast en lopen de wachttijden op. Om het GGZ-landschap weer in balans te brengen, sturen we op een betere verdeling van de capaciteit en een duidelijke focus op de meest kwetsbare groepen. We sturen waar dat passend is op een structurele verschuiving van gespecialiseerde GGZ naar lichtere vormen van ondersteuning in de eerste lijn en het sociaal domein. Dit vraagt om een betere doorstroom en uitstroom, en optimaal gebruik van de beschikbare capaciteit. Voor deze verschuiving versterken we de samenwerking binnen de GGZ en over de domeinen heen. We bouwen voort op de regionale fundamenteën en de vastgelegde transformatieplannen.

Het sociaal domein, de huisartsenzorg en de GGZ dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor tijdige en passende ondersteuning vóórdat iemand doorverwezen wordt. GGZ-aanbieders moeten hun expertise meer aan de voorkant inzetten via vroegsignalering, consultatie en triage. De medicalisering van hulpvragen moet worden teruggedrongen; als problematiek samenhangt met andere levensdomeinen, is ondersteuning buiten de GGZ vaak passender.

Mentale gezondheidsnetwerken

In onze kernregio's werken we toe naar volwaardige en goed functionerende mentale gezondheidsnetwerken (MGN). We contracteren verkennende gesprekken en waar nodig ook de overige functies van een MGN: domeinoverstijgende casusoverleggen, een transfermechanisme en inzicht in de wachttijden. We zien deze netwerken als een belangrijke beweging om te komen tot een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de huisartsen, het sociaal domein en de GGZ. Alleen via deze domeinoverstijgende samenwerking kunnen we de toegankelijkheid van de GGZ nu en in de toekomst waarborgen. We stimuleren zorgaanbieders om zich (pro)actief bij deze regionale beweging aan te sluiten en verzoeken de netwerken om open te staan voor zorgaanbieders die zich willen aansluiten. Deze beweging wordt ook in het IZA bekrachtigd.

In de meeste regio's is de ontwikkeling van MGN vormgegeven op basis van een transformatieplan. In deze plannen zijn afspraken vastgelegd over de beoogde resultaten en de impact op de GGZ. CZ groep geeft de contractering van MGN in 2027 (verder) vorm, mogelijk met meerjarige (netwerk)contracten. Ook gaan we vanaf 2027 de beoogde resultaten verwerken in de reguliere contractering. De meest recente informatie over MGN en de bijbehorende contractering is te vinden op: [Mentale Gezondheidsnetwerken \(MGN\) - CZ](#).

Consultatiefunctie sociaal domein

Een andere vorm van domeinoverstijgende samenwerking binnen de GGZ is de consultatiefunctie sociaal domein. Professionals uit het sociaal domein kunnen laagdrempelig GGZ-expertise inroepen als zij advies willen over cliënten die niet in behandeling zijn binnen de GGZ. Zo kunnen zij tijdig passende ondersteuning bieden en zwaardere zorgvragen voorkomen. Voor 2028 willen we deze consultatiefunctie integreren binnen de MGN. Beide instrumenten hebben immers hetzelfde doel: sterkere domeinoverstijgende samenwerking en tijdige, passende ondersteuning vóórdat een verwijzing naar de GGZ aan de orde is. Dat maakt het logisch om de consultatiefunctie onder te brengen in deze regionale netwerken. Belangrijk daarbij is dat zorgaanbieders die de consultatiefunctie leveren, zich aansluiten bij een MGN in hun regio. Dit waarborgt een samenhangende werkwijze en een uniform ondersteuningsaanbod.

Cruciale zorg

Cruciale zorg is minder voorspelbaar en vraagt om een multidisciplinaire aanpak, met de cruciale functies op de achtergrond én de voorgrond, waar nodig over meerdere domeinen heen (zoals HIC, FACT, IHT, outreachende crisiszorg en verplichte GGZ). Deze cruciale zorg moet structureel en (boven)regionaal toegankelijk blijven, met voldoende beschikbaarheid, continuïteit en kwaliteit.

Over de cruciale zorg hebben we in het IZA afgesproken dat we gezamenlijk zicht willen krijgen op de benodigde capaciteit, de voorzieningen en de infrastructuur van het (boven)regionale cruciale zorgaanbod dat past bij de zorgvraag van de patiënt. De komende jaren moet inzichtelijk worden welke cruciale zorg regionaal, bovenregionaal of landelijk georganiseerd moet worden. Daarom zijn er regionale tafels van start gegaan om dit in kaart te brengen, knelpunten te identificeren en met de regio tot oplossingen te komen. We volgen aan de regionale tafels de [handreiking cruciale GGZ](#) die kan helpen om de dialoog op gang te brengen. Wij vragen u om deel te nemen aan deze regionale tafels en om waar nodig capaciteit te leveren om de cruciale zorg te blijven borgen.

Aanvullend op de regionale gesprekken voor borging van cruciale zorg wisselen wij als zorgverzekeraars signalen over het cruciale zorgaanbod met elkaar uit om deze signalen te betrekken in de individuele inkoopgesprekken met de betreffende zorgaanbieders.

Zorgcoördinatie

Niet alleen binnen de GGZ staat de acute zorg onder druk; dit geldt voor de hele acute zorgketen. Zorgcoördinatie ondersteunt patiënten en zorgaanbieders om passende zorg te vinden bij een acute zorgvraag. Landelijk is zorgcoördinatie aangewezen als systeemmaatregel om de toegankelijkheid te borgen, de triage te verbeteren en de acute keten te ontlasten. In lijn met het IZA en het AZWA zetten alle ROAZ-regio's stappen richting regionale zorgcoördinatievoorzieningen (ZCV's). De belangrijkste opgaven zijn: uniformere triage, beter inzicht in de regionale capaciteit, afstemming tussen de ketenpartners en een governancestructuur die opschaling mogelijk maakt. De juridische en ICT-voorwaarden zijn nog in ontwikkeling, maar tijdelijke oplossingen worden al in meerdere regio's ingezet.

CZ groep ondersteunt de landelijke koers om zorgcoördinatie per 2027 structureel in te bedden in de reguliere zorginkoop. We borgen de implementatie via inkoopafspraken, de inzet van transformatiegelden en duidelijke resultaatsverplichtingen. De acute GGZ is niet standaard onderdeel van de regionale zorgcoördinatievoorzieningen. We blijven de landelijke ontwikkelingen volgen en pakken onze rol in de regio's waar de acute GGZ al wél onderdeel is van het transformatieplan rondom zorgcoördinatie.

Uitstroom uit de GGZ bevorderen

Door een gebrek aan sociale voorzieningen is er onvoldoende uitstroom mogelijk vanuit de GGZ naar de wijk. Hierdoor blijven cliënten soms onnodig opgenomen en ontstaat een 'verstopping' binnen de GGZ, waardoor de wachtlijsten toenemen. Voor een goede uitstroom is ook de sociale basis van belang. Als deze onvoldoende is, is de kans op terugval groot. Voor een betere uitstroom van GGZ-cliënten naar de thuissituatie is een goede samenwerking tussen de GGZ en gemeenten essentieel. De regioplannen die we in 2023 hebben opgesteld, bevestigen dat een sterkere regionale samenwerking nodig is om de grote uitdagingen op te lossen.

Uitstroom uit de geneeskundige GGZ kan ook betekenen dat een cliënt betere zorg krijgt met een Wlz-indicatie en een bijpassende plek. Deze cliënten zijn blijvend aangewezen op continue zorg nabij of op permanent toezicht vanwege de complexiteit van hun aandoening en/of multimorbiditeit. Daardoor moeten alle betrokken zorgaanbieders hun handelen intensief en integraal op elkaar afstemmen. CZ groep vindt integrale zorg (en de bijbehorende bekostiging) belangrijk en ziet dit als een uitgangspunt.

2.3 Digitale zorg en AI

In 2027 versnellen we de digitale transformatie van de zorg. Digitale zorg en AI worden ingezet om de zorg toegankelijk, betaalbaar en toekomstbestendig te houden. We sluiten aan bij landelijke afspraken, zoals het IZA en AZWA, en zetten onze rol als zorgverzekeraar in om samen met zorgaanbieders digitale zorg verder te brengen. Hieronder lichten we onze prioriteiten toe.

1. **Digitale zorg als norm**
We stimuleren hybride zorg: digitaal waar het kan, fysiek waar het moet.
2. **Van pilot naar praktijk**
Bewezen digitale innovaties willen we snel opschalen. We ondersteunen zorgaanbieders zodat succesvolle toepassingen breed beschikbaar komen.
3. **Mensgerichte en inclusieve zorg**
Digitale zorg moet voor iedereen werken.
4. **Sterke data- en AI-basis**
We zetten in op veilige en gestandaardiseerde gegevensuitwisseling. AI helpt zorgverleners door administratieve lasten te verlagen en processen te ondersteunen.

Digitale zorg en AI binnen de GGZ

Ons streven voor de GGZ is dat digitale zorg in 2030 de norm is en dat iedereen dit vanzelfsprekend vindt. Voor 2027 werken we toe naar het uitgangspunt dat digitale behandeling voorliggend is 'tenzij'. Zo dragen we in ieder geval bij aan het vrijspelen van 6% behandelcapaciteit. We verwachten van zorgaanbieders dat digitale zorg structureel is geïntegreerd in GGZ-zorgpaden om wachttijden te verkorten en de beschikbare behandelcapaciteit efficiënter te benutten.

CZ groep streeft ernaar dat digitale triage een standaard onderdeel is binnen het aanmeldproces. Cliënten maken daarnaast actief gebruik van digitale zelfzorgmodules en hybride zorg, zodat ze sneller op de juiste plek terechtkomen en meer eigen regie ervaren. Zorgaanbieders gebruiken geschikte digitale en hybride zorgpaden en processen. Dat doen zij zo veel mogelijk op basis van bestaande oplossingen met de status 'Kansrijk voor opschaling' en 'Pas toe of leg uit' van Digizo.nu. Daarnaast sturen we op de toepassing van AI voor administratieve lastenverlichting en een betere triage en diagnostiek. Voor administratieve lastenverlichting is het belangrijk dat zorgaanbieders inzetten op spraakgestuurd rapporteren.

Om onze ambitie waar te maken willen we bewezen interventies opschalen, het aanbod aan digitale interventies vergroten en een landelijk digitaal netwerk van behandelaren beschikbaar maken. Hiervoor is het belangrijk om beter zicht te krijgen op digitale zorg binnen de GGZ. Vanaf 2027 gaan wij zorgaanbieders verplichten om zorglabel S01 te gebruiken als er sprake is van digitale zorg. Hierdoor weten we welke zorgaanbieders digitale zorg leveren en in welke mate zij deze zorg leveren. Onder welke voorwaarden het zorglabel vastgelegd moet worden, volgt in onze overeenkomst. Mochten hierover landelijke afspraken worden gemaakt, dan sluiten wij ons hierbij aan. Daarnaast gaan we zorgaanbieders vragen om aan te tonen waar zij nu staan met hun transformatie naar digitale zorg en hoe zij toewerken naar de situatie dat digitale zorg voorliggend is 'tenzij'.

Gezamenlijke ambities digitalisering en databeschikbaarheid

Naast onze eigen koers werken we ook aan toekomstbestendige zorgverlening via gezamenlijke ambities:

- **Zorgverzekeraars werken samen aan veilige en digitale datadeling**
Zorgverzekeraars willen dat het delen van zorggegevens digitaal, veilig en gestandaardiseerd gebeurt. Dit doen we samen, met als basis de gezamenlijk geformuleerde ambities voor zorginkoop, digitalisering en databeschikbaarheid voor 2027.
- **Digitale gegevensuitwisseling helpt inwoners en zorgverleners**
We zorgen dat mensen eenvoudig en veilig toegang krijgen tot hun eigen zorggegevens. Zorgverleners krijgen betrouwbare informatie, maar alleen met toestemming van de patiënt. Zo verbeteren we de gezondheid en geven we patiënten meer regie over hun zorg.

- **Datadeling vermindert administratieve lasten voor zorgverleners**

Door gegevens digitaal te delen, verminderen we de administratieve lasten voor zorgprofessionals. Hierdoor ontstaat meer tijd voor de zorg zelf.

- **Data maken de zorg toekomstbestendig en innovatief**

We maken data herbruikbaar en toegankelijk voor goede zorg en andere doelen. Zo ontstaat een flexibele en lerende zorgsector die meebeweegt met maatschappelijke en technologische veranderingen.

2.4 Duurzaamheid

Verduurzaming is het fundament voor een toekomstbestendig zorglandschap. Daarom onderschrijven wij de gezamenlijke ambities in de Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ). Binnen ZN werken we samen met andere partijen in de zorg aan minder CO₂-uitstoot, een betere circulariteit en een duurzamer medicatiegebruik. We willen de verduurzaming van de zorg versnellen en richting 2030 aantoonbaar duurzamere zorg gaan inkopen. Hoe wij dit doen voor 2027 is vastgelegd in het gezamenlijke *Zorginkoopbeleid 2027 Verduurzamen van de zorg*. Hierin staat ook dat zorgverzekeraars moeten rapporteren over duurzaamheid volgens de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). Hiervoor moeten we mogelijk ook aanvullende informatie opvragen bij zorgaanbieders. Als dit zo is, kondigen we dat vóór 1 oktober 2026 aan via ZN. Zonder aankondiging verwachten wij geen aanlevering.

We vragen van zorgaanbieders dat zij duurzaamheid aantoonbaar maken. Bij voorkeur doen ze dat via de *Milieuthermometer Zorg*, omdat deze direct aansluit op de milieuwetgeving die voor de zorg relevant is en de doelen van de GDDZ. Van intramurale GGZ-aanbieders met meer dan 250 fte verwachten we dat zij:

- per 1 januari 2028 gecertificeerd zijn voor minimaal niveau **brons** van de Milieuthermometer Zorg (of zicht op het certificaat hebben).
- per 1 januari 2030 gecertificeerd zijn voor minimaal niveau **zilver** van de Milieuthermometer Zorg.

GGZ-aanbieders kunnen ook kiezen voor alternatieve manieren om duurzaamheid aantoonbaar te maken, mits die voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ.

In de periode 2027 tot en met 2030 kunnen intramurale zorgaanbieders met meer dan 250 fte aanspraak maken op een vergoeding als zij kiezen voor certificering via de Milieuthermometer Zorg. Zorgverzekeraars vergoeden de kosten daarvan in de volgende gevallen:

- eerste certificering of hercertificering **brons** in de periode 1 januari 2027 tot 1 januari 2028;
- eerste certificering of hercertificering **zilver** in de periode 1 januari 2027 tot 1 januari 2030;
- eerste certificering of hercertificering **goud** in de periode 1 januari 2027 tot 31 december 2030.

Een nadere toelichting is te vinden in de *handleiding duurzaamheidscertificering* op de website van ZN.

Wij stimuleren zorgaanbieders actief om met verduurzaming aan de slag te gaan. We gaan in gesprek met de intramurale GGZ-aanbieders waar wij het grootste marktaandeel hebben over hun duurzame ambities en waar zij staan ten opzichte van de Milieuthermometer Zorg.

3. Voorwaarden zorginkoop

De transformatieclusters uit het vorige hoofdstuk vertalen wij hieronder naar contractvoorwaarden voor 2027. Zo kunnen we passende en betaalbare zorg inkopen voor onze verzekerden.

3.1 Wijzigingen in het zorginkoopbeleid

In deze paragraaf benoemen wij de wijzigingen in ons zorginkoopbeleid.

Wijzigingen in het beleid

Ons inhoudelijk beleid voor de GGZ volgt dezelfde hoofdlijnen als in 2026. Daarbinnen zijn aanvullende en/of andere afwegingen gemaakt.

- Ongewenste praktijkvariatie wordt vanaf 2027 onderdeel van de contractering.
- Zorgvraagtypering wordt onderdeel van de contractering.
- Groepsbehandeling wordt onderdeel van de contractering.
- Van zorgaanbieders verwachten we dat zij actief regie voeren op het behandelproces.
- Voor beter zicht op digitale zorg gaan we het gebruik van zorglabel S01 verplichten.

Wijzigingen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst

- De instelling levert naast de verwijfsdatum ook de locatiegegevens bij de zorgverzekeraar aan via de declaraties.
- De instelling werkt samen met andere zorgaanbieders in de regio om de wachttijden binnen de Treeknormen te krijgen. Bijvoorbeeld door deel te nemen aan de transfertafels of het transfermechanisme in de regio.
- De instelling heeft een website met transparante informatie over de behandelingen, de wachttijden, de vergoedingen en de bereikbaarheid.
- De instelling heeft een plan van aanpak voor de inzet van groepsbehandelingen.
- De instelling voert effectmetingen (zoals ROM) uit bij de cliënten in het kader van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.
- De instelling die (ook) zorg aanbiedt of samenwerkt en verwijst naar een andere zorgaanbieder op een locatie in het buitenland verder dan 30 km van de Nederlandse grens, komt niet in aanmerking voor een overeenkomst.
- *Aanvullend voor nieuwe instellingen:*
De instelling levert aantoonbaar een bijdrage aan de (regionale) wachtlijstproblematiek. Deze bijdrage beoordelen wij aan de hand van de in- en exclusiecriteria, de wachtlijstgegevens en signalen van verzekerden.

Overige wijzigingen

- We verwachten van zorgaanbieders dat zij wachtenden actief wijzen op proactieve zorgbemiddeling.
- Een verzoek tot aanvullende zorginkoop kan tussen 1 april en 31 augustus 2027 worden ingediend.

3.2 Toelichting inkoopvoorwaarden

In deze paragraaf lichten we de belangrijkste voorwaarden voor 2027 toe.

3.2.1 Toegankelijkheid van zorg

Wachttijden

Vanaf 2026 moeten zorgaanbieders de verwijfsdatum op de declaratie vastleggen. Voor 2027 volgt waarschijnlijk de verplichting om de locatiegegevens op de declaratie vast te leggen. Zorgaanbieders registreren de verwijfsdatum en de locatiegegevens zorgvuldig, zodat de informatiestroom via de declaratiegegevens volledig en betrouwbaar is. We behouden de mogelijkheid om daarnaast wachtlijst informatie op te vragen bij zorgaanbieders als blijkt dat dit noodzakelijk is om onze zorgplicht uit te voeren. Daarbij houden we de administratieve lasten zo laag mogelijk.

In- en exclusiecriteria

Om inzicht te krijgen in de gehanteerde in- en exclusiecriteria en proceskenmerken doen we een uitvraag via VECOZO bij alle zorgaanbieders die een overeenkomst met ons hebben of willen aangaan. De uitkomsten hiervan delen wij met verwijzers, regionale transfermechanisme(n) en het CZ Zorgteam. Daarmee optimaliseren we de toegankelijkheid van de zorg en voorkomen we onnodige horizontale verwijzingen (en daarmee onnodig wachten). We beoordelen de ingevulde in- en exclusiecriteria en verwerken dit in de tariefbepaling voor 2027.

Proactieve zorgbemiddeling

Kan een verzekerde niet binnen de landelijke Treeknormen terecht, dan biedt CZ groep momenteel wachtlijstbemiddeling op verzoek. Vanaf april 2026 zetten wij de stap naar proactieve zorgbemiddeling. We wachten dan niet langer tot verzekerden zelf knelpunten ervaren, maar benaderen hen actief als er langdurige wachttijden dreigen. Van zorgaanbieders verwachten wij volledige medewerking: zij publiceren transparante, actuele wachtlijst informatie op hun website én wijzen verzekerden actief op de mogelijkheid van bemiddeling, in lijn met de landelijke afspraken. Met deze proactieve aanpak begeleiden wij verzekerden sneller en doelgerichter naar passende zorg. Daarmee voorkomen we onnodig wachten, verbeteren we de toegankelijkheid en ondersteunen we verzekerden bij het maken van de best passende keuze. Samen met zorgaanbieders pakken we de wachtlijstproblematiek structureler en effectiever aan.

Consultatiefunctie sociaal domein

We kopen de consultatiefunctie sociaal domein in principe gericht in bij zorgaanbieders waarmee wij een contract hiervoor hebben in 2026. Hebt u nog geen contract hiervoor en hebt u alsnog interesse, dan kunt u ons mailen. Wij volgen de leidraad consultatiefunctie sociaal domein.

Levensbeschouwelijke overtuiging

Iemands levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop diegene in contact wil staan met zorgverleners of zorg af wil nemen. CZ groep vindt het belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.

3.2.2 Betaalbaarheid van zorg

Omzetmaximum

Voor 2027 komen we met iedere gecontracteerde GGZ-instelling een omzetmaximum overeen. Daardoor kunnen wij de beschikbare middelen gericht inzetten voor zorg met kortere wachttijden en een betere toegankelijkheid, vooral voor complexe doelgroepen. Daarnaast hanteren wij een omzetmaximum om het volume en de kosten te beheersen en om duidelijkheid en voorspelbaarheid te creëren voor instellingen. Met inkoopparameters zoals de gemiddelde kosten per unieke cliënt komen we tot een doelmatige inzet van de behandelcapaciteit en stimuleren we een evenwichtige regionale beschikbaarheid van de GGZ-zorg.

Tarieven

Voor de contractering voor 2027 gebruiken wij een eigen tarievenlijst. We bieden een gedifferentieerd tariefpercentage aan. De totstandkoming van het tarief lichten wij toe bij ons contractaanbod.

Inkoopparameters

We willen dat de GGZ-zorg tegen maatschappelijk acceptabele kosten geleverd wordt. Om hier goede afspraken over te maken, kijken we per (type) zorgaanbieder naar het profiel. Daarbij maken we onderscheid tussen ontwikkelingen op het gebied van kosten^[7] en ontwikkelingen op het gebied van toegankelijkheid^[2]. Met iedere zorgaanbieder maken we per onderdeel passende afspraken.

Zorglabels, settings en prestaties

Voor meerdere zorglabels, settings en prestaties hanteren we aanvullende voorwaarden:

- *Digitale zorg (zorglabel S01)*

We vragen zorgaanbieders om dit label vanaf 2027 te gebruiken als er sprake is van digitale zorg. In de overeenkomst nemen we op wanneer dit label van toepassing is.

- *Outreaching (setting 4)*

De zorg in de outreachende setting wordt vooral geleverd door FACT, IHT en/of VIP. Een zorgaanbieder moet aantoonbare regionale samenwerkingsafspraken hebben met het sociaal domein én de zorg richt zich op de EPA-doelgroep én deze zorg is geïntegreerd in de regionale crisis- en opnameketen (waarmee ernstige crises gemanaged worden). Setting 4 mag alleen geleverd worden met expliciete toestemming van CZ groep. We vragen de criteria via VECOZO uit bij alle zorgaanbieders.

- *Klinisch, exclusief forensische en beveiligde zorg (setting 5)*

CZ groep contracteert in principe geen groei in de klinische capaciteit ten opzichte van 2026. We maken specifieke afspraken zodra het duidelijk is dat een patiënt na 365 dagen nog aanspraak maakt op een GGZ-behandeling met verblijf. We vragen de zorgaanbieder om de checklist 'Langdurig medisch noodzakelijk verblijf GGZ' in te vullen en bij het medisch dossier te voegen ^[1].

- *Hoogspecialistisch (setting 8)*

Deze setting kan alleen worden gedeclareerd als dit met CZ groep is overeengekomen. Dit beoordelen we onder meer op basis van de landelijke afspraken en de aanvullende eisen voor een bovenregionale functie en derdelijns verwijzingen. CZ groep verwacht dat de zorgtrajecten binnen deze setting kortdurend zijn en dat de overdracht van cliënten en expertise richting het reguliere veld tijdig en goed is georganiseerd. Daarnaast vinden we de behandeling van lichte zorgvragen (onder andere zorgvraagtype 1 tot en met 3) niet passend binnen deze setting. We zien veel differentiatie binnen deze setting en stellen aanvullende vragen via VECOZO bij alle zorgaanbieders.

- *Verblijfsdag met complexe somatische comorbiditeit (prestatie)*

Voor 2027 contracteren wij deze verblijfsdagen in principe alleen bij zorgaanbieders waarbij we deze zorg voor 2026 ook hebben ingekocht. Deze verblijfsdagen gelden enkel voor cliënten met complexe somatische comorbiditeit. Zij hebben gelijktijdig een somatische en een psychiatrische aandoening die elkaar negatief beïnvloeden, waardoor geïntegreerde zorg nodig is ^[2]. De medisch specialist en de psychiater hebben beiden direct contact met de cliënt. Daarnaast moet de zorgaanbieder aantoonbare samenwerkingsafspraken hebben met verwijzers en vervolgzorginstanties ^[3].

Aanvullend beleid voor consulten, verblijfsdagen, toeslagen en overige prestaties

In het algemeen volgen we de landelijke regelgeving voor de prestaties. Alle prestaties maken integraal deel uit van een eventueel overeengekomen omzetmaximum. Daarbij merken we het volgende op:

- De totale casemix bestaat voor maximaal 20% uit trajecten met uitsluitend diagnostiek.
- De registratie en de declaratie van alle toeslagen en overige prestaties moet expliciet overeengekomen zijn.

3.2.3 Kwaliteit van zorg

Keurmerk Kortdurende GGZ

Stichting KiBG wil dat mensen met psychische klachten zo veel mogelijk kortdurend behandeld worden, zodat zij snel weer op eigen kracht verder kunnen. Het Keurmerk Kortdurende GGZ draagt bij aan het continu verhogen van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Daarom belooft CZ groep zorgaanbieders die dit keurmerk in 2027 hebben.

Esketamine neusspray (Spravato)

Voor behandelingen met Spravato contracteren we instellingen op basis van de kwaliteitscriteria van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). In 2027 contracteren we voor dit geneesmiddel in principe alléén de zorgaanbieders die hier ook in 2026 een overeenkomst voor hebben. Hanteert de NVvP andere of aanvullende normen voor de kwaliteit en de doelmatigheid, dan gebruiken wij die bij de contractering voor 2027.

Genderdysforie

Een behandeling voor genderdysforie moet altijd met aantoonbare ketenafstemming plaatsvinden als er endocrinologische of chirurgische interventies in het behandelplan zijn opgenomen.

3.3 Voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst

In deze paragraaf beschrijven we de voorwaarden waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst met de CZ groep.

3.3.1 Minimumeisen

Alle instellingen binnen de geneeskundige GGZ moeten aantoonbaar voldoen aan onderstaande minimale eisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst met CZ groep in 2027. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst voldoen zij hieraan. Wij kunnen dit vooraf en achteraf toetsen. De instelling aanvaardt dat CZ groep de overeenkomst en de productieafpraak afsprekt met elke instelling afzonderlijk en dat deze dus niet overdraagbaar zijn.

Landelijk

- De instelling beschikt over een geldige AGB-code volgens het Landelijk Kwaliteitsstatuut sectie III.
- De instelling beschikt, conform de eisen van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, over een eigen organisatiespecifiek kwaliteitsstatuut GGZ sectie III Instellingen (met bijbehorend professioneel statuut). Dit statuut is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland en is geldig gedurende de hele looptijd van de overeenkomst.
- De instelling zorgt in het AGB-register van Vektis voor een actuele weergave van alle relevante informatie.
- De instelling beschikt over een geldig inschrijfnummer in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.
- De instelling voldoet aan de relevante verplichtingen rondom de registratie van de UBO, waarbij de eventuele UBO niet onder een wettelijke sanctieregeling valt.
- De instelling beschikt over een vertegenwoordigingsbevoegde functionaris die met zijn voor- en achternaam is geregistreerd in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel en die beschikt over een geldig certificaat bij VECOZO.
- De instelling voldoet aan de relevante bepalingen uit de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).
- De instelling beschikt over een (geneesheer-)directeur die eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de verleende zorg.
- De instelling voldoet aantoonbaar aan de voorwaarden uit de Governancecode Zorg 2022.
- De instelling levert de verwijzdatum en de locatiegegevens bij de zorgverzekeraar aan via de declaraties.
- De instelling gebruikt bij haar declaratieadministratie de meest recente versie van het rapport Externe integratie dat voor de zorgsector van toepassing is.
- De instelling stelt haar prestatie-indicatoren ter beschikking aan het Kwaliteitsinstituut van het Zorginstituut Nederland, voor zover dit verplicht is op basis van wet- en regelgeving.
- De instelling committeert zich aan de doelen van de GDDZ 3.0. Daarnaast is duurzaamheid verankerd in de strategie van de instelling.

CZ groep

- De instelling voldoet aan de eisen vanuit de relevante wet- en regelgeving, zoals de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en landelijk en regionaal vastgestelde kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen.
- De instelling conformeert zich aan de geldende veldafspraken binnen het Zorgprestatiemodel.

- De instelling garandeert dat zij een voor haar beroepsgroep gebruikelijke en adequate (beroeps)aansprakelijkheidsverzekering heeft afgesloten, ook voor de (rechts)personen die zij inschakelt en die niet onder de dekking van de genoemde verzekering vallen.
- De instelling is bereid informatie aan te leveren voor het vullen en actueel houden van Zorgvinder (de internetapplicatie van CZ groep om zijn verzekerden te begeleiden).
- De instelling verleent haar medewerking aan de controles die CZ groep uitvoert. We nemen bij deze controles de voorschriften in acht die de persoonlijke levenssfeer van de verzekerden beschermen. Ook nemen wij de (nadere) regels in acht die worden gesteld in artikel 87 van de Zorgverzekeringswet en hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering (zie ook www.cz.nl/ggz).
- De instelling zorgt voor continuïteit in de zorgverlening. Daaronder verstaan wij ook een gelijkmatige spreiding van het eventueel overeengekomen jaarvolume (of totaalvolume) over het kalenderjaar.
- De instelling declareert alleen zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- De instelling werkt samen met andere zorgaanbieders in de regio om de wachttijden binnen de Treeknormen te krijgen. Bijvoorbeeld door deel te nemen aan de transfertafels of het transfermechanisme in de regio.
- De instelling heeft een plan van aanpak voor de inzet van groepsbehandelingen.
- De instelling heeft een plan van aanpak om te voldoen aan de IZA-norm voor digitale zorg.
- De instelling zorgt dat vóór elke behandeling een (geobjectiveerde) geldige verwijzing in het patiëntendossier zit.
- De instelling mag geen prestaties bij CZ groep declareren via een andere overeenkomst of op restitutiebasis.
- De instelling geeft CZ groep toestemming om de ingevulde in- en exclusiecriteria te delen met verwijzers, regionale transfermechanismen en het CZ Zorgteam.
- Andere zorgaanbieders in de GGZ leveren geen behandelingen op de behandellocaties van de instelling.
- De instelling heeft een website met transparante informatie over de behandelingen, de wachttijden, de vergoedingen en de bereikbaarheid.
- De instelling voert effectmetingen (zoals ROM) uit bij de cliënten in het kader van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.
- De instelling is bereid om het gesprek aan te gaan over eventuele deelname aan de crisisketen, als dat gevraagd wordt.
- De instelling levert betrouwbare en actuele wachtlijstinformatie aan als CZ groep daarom vraagt, bijvoorbeeld in het kader van (proactieve) zorgbemiddeling of aanvullende zorginkoop.
- De instelling die gebruik wil maken van aanvullende zorginkoop, is bekend met de voorwaarden uit dit zorginkoopbeleid en conformeert zich hieraan.

3.3.2 Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2027 met CZ groep komt de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
- die eerder niet conform artikel 7.3 Regeling Zorgverzekering en/of artikel 7.4 Regeling Zorgverzekering heeft meegewerkt aan een onderzoek zoals bedoeld in artikel 7.4 Regeling Zorgverzekering;
- die onder verscherpt toezicht staat van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of een bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd heeft gekregen;
- die eerder aanzienlijk of voortdurend tekort is gekomen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met CZ groep, wat heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van die overeenkomst, tot schadevergoeding of tot andere vergelijkbare acties;
- waarbij CZ groep beschikt over aanwijzingen waaruit blijkt dat het aannemelijk is dat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet voldoende gewaarborgd is, vanwege onder andere - maar niet uitsluitend - ondoelmatigheden, onrechtmatigheden, financiële instabiliteit of andere (integriteits)beletselen;

- die (ook) zorg aanbiedt op een locatie in het buitenland, verder dan 30 kilometer van de Nederlandse grens, dan wel samenwerkt en verwijst naar een andere zorgaanbieder met een locatie in het buitenland verder dan 30 kilometer van de Nederlandse grens.

3.3.3 Voorwaarden voor nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe instellingen

De procedure voor nieuwe instellingen is van toepassing voor zorgaanbieders die in 2026 geen overeenkomst als instelling hebben met CZ groep voor het leveren van geneeskundige GGZ^[1]. De instelling moet aantonen dat zij voldoet aan de minimale eisen en de aanvullende eisen hieronder. CZ groep kan deze eisen vooraf en achteraf toetsen. Naar aanleiding van de ingevulde vragenlijst over de minimale en aanvullende eisen kan CZ groep aanvullende vragen stellen voor de inhoudelijke beoordeling. De instelling aanvaardt dat CZ groep de overeenkomst en de productieafspraken met elke zorgaanbieder afzonderlijk afsprekt en dat deze dus niet overdraagbaar zijn.

Aanvullende eisen voor nieuwe instellingen

Naast de minimale eisen in paragraaf 3.3.1 gelden voor 2027 de volgende aanvullende eisen voor nieuwe instellingen:

- De instelling neemt deel aan het MGN in de regio en/of heeft samenwerkingsafspraken met de penvoerder van de Zorgstandaard Acute Psychiatrie (ZAP, voorheen GMAP).
- De instelling levert aantoonbaar een bijdrage aan de (regionale) wachtlijstproblematiek. Deze bijdrage beoordelen wij aan de hand van de in- en exclusiecriteria, de wachtlijstgegevens en signalen van verzekerden.
- De instelling beschikt over een procedure voor het omgaan met niet (volledig) geobjectiveerde verwijzingen door de huisarts of bedrijfsarts.
- De instelling beschikt over uitstroomcriteria voor alle behandelingen in de GGZ naar elders in de GGZ-keten en past deze toe.
- De instelling is (minimaal) 5 dagen per week bereikbaar voor cliënten.
- De instelling die zorg levert in de settings Outreachend (setting 4) en Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg (setting 7), moet hiervoor expliciet toestemming krijgen van CZ groep.

Uitsluitingen

Nieuwe instellingen komen niet in aanmerking voor een overeenkomst voor 2027 voor het leveren van GGZ als:

- een van de algemene uitsluitingen op hen van toepassing is
- zij niet voldoen aan één of meer van de (aanvullende) eisen
- zij alleen diagnostiek leveren
- zij zorg leveren voor onze verzekerden in de settings Klinisch (setting 5) en Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg (setting 6). Instellingen die zorg leveren in de setting Hoogspecialistisch (setting 8) komen alleen in aanmerking voor een overeenkomst als zij zijn opgenomen in het overzicht van afdelingen die voldoen aan de criteria uit de 'Handreiking contractering setting hoogspecialistische GGZ' en na akkoord van CZ groep.

Innovatief zorgaanbod

Een instelling met een innovatief zorgaanbod kan mogelijk vrijstelling krijgen van een of meer aanvullende eisen. Met 'innovatief zorgaanbod' bedoelen we een grensverleggend en nieuw zorgaanbod dat de kwaliteit van de zorg verhoogt, de toegang tot de zorg verbetert en de kosten van de zorg verlaagt.

Komt een nieuwe instelling in aanmerking voor een overeenkomst met CZ groep, dan bieden wij een overeenkomst aan voor 1 jaar. Gedurende dat jaar bekijken we of we de contractuele relatie kunnen voortzetten.

3.3.4 Aanvullende zorginkoop

Aanvullende zorginkoop moet bijdragen aan het terugdringen van regionale wachtlijsten die de Treeknorm overschrijden. Wij vragen zorgaanbieders om verwachte overschrijdingen van het omzetmaximum kenbaar te maken, uiterlijk als zij 70% van het omzetmaximum bereiken. Een verzoek tot aanvullende zorginkoop kan tussen 1 april en 31 augustus 2027 worden ingediend. CZ groep beoordeelt dan eerst of er voor onze verzekerden voldoende alternatief zorgaanbod beschikbaar is. Als dit het geval is, wijzen wij het verzoek af. Als blijkt dat het alternatieve zorgaanbod onvoldoende is, nemen wij het verzoek in behandeling en ontvangt de zorgaanbieder een vragenlijst via VECOZO.

Minimumeisen bij aanvullende zorginkoop

In de aanvraag toont de zorgaanbieder aan dat hij voldoet aan alle onderstaande voorwaarden:

- De zorgaanbieder heeft als instelling (LSK sectie III) een GGZ-overeenkomst voor 2027.
- De wachttijden bij de zorgaanbieder zijn boven de Treeknormen, inclusief een eventuele aanmeldpauze.
- De zorgaanbieder dient de meest recente uniforme productiemonitor (UPM) in. Deze is volledig en juist ingevuld. Als het CZ Zorgteam tegemoetkomingen heeft afgegeven, worden deze daarin meegenomen.
- Er is sprake van een evenredige spreiding van nieuwe cliënten over het hele jaar.
- Er is geen sprake van intensivering van de zorg.
- De zorgaanbieder geeft inzicht in het aantal wachtenden van CZ groep.
- De zorgaanbieder levert een (geactualiseerd) plan van aanpak voor de wachttijden aan.
- De zorgaanbieder heeft de knelpunten rondom de wachttijden besproken met de regionale taskforce, het regionale transfermechanisme of een vergelijkbaar regionaal initiatief.
- De zorgaanbieder heeft de behandelcapaciteit om deze aanvullende productie daadwerkelijk te kunnen leveren (zonder personeel weg te halen bij cruciale functies).

Manier waarop een verzoek ingediend kan worden

De zorgaanbieder dient de aanvraag met de bijbehorende stukken in via inkoop.ggz.instellingen@cz.nl en vermeldt in het onderwerp de AGB-code en 'Aanvraag aanvullende zorginkoop'.

Beoordeling door CZ groep

CZ groep beoordeelt of de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een aanvullend omzetmaximum en zo ja, onder welke voorwaarden. Dit is onder meer afhankelijk van de regionale context. Bij de beoordeling kijken wij in ieder geval naar de volgende punten:

- De aanvraag voldoet aan de voorwaarden.
- De aanvraag is gericht op de aandoeningen of zorgvragen die in de betreffende regio boven de Treeknorm liggen én waarvan het CZ Zorgteam signaleert dat er voor bemiddeling geen alternatieven beschikbaar zijn.
- Het plan van aanpak wordt beoordeeld aan de hand van de genomen maatregelen en de effecten op de wachttijden (bijvoorbeeld online behandeling en afspraken binnen de regionale taskforce).
- De UPM is tijdig, volledig en juist. Uit de UPM blijkt dat de initiële afspraak wordt overschreden.
- Het aantal behandelde verzekerden binnen het omzetmaximum in 2027 neemt niet af ten opzichte van voorgaande jaren. Wij streven hiermee minimaal gelijkblijvende toegankelijkheid na.
- De mate van intensivering.

Bij de beoordeling kijken we naar de aangeleverde informatie van de zorgaanbieder (via VECOZO) en de intern beschikbare data, zoals (regionale) wachttijden, bemiddelingsverzoeken en het effect van de aanvullende zorginkoop op de huidige wachttijden.

Termijnen

Zorgaanbieders krijgen **binnen 4 weken** uitsluitel over hun aanvraag. Wordt het verzoek gehonoreerd, dan maken we een aanvullende productieafpraak. We leggen een aanvullende zorginkoopafpraak vast voor een aanvullend omzetmaximum. Daarbij stellen we vast of het gaat om een incidentele of structurele afspraak. We maken in een addendum afspraken over een minimaal aantal unieke cliënten en over het tarief.

Deze procedure geldt niet voor ongecontracteerde instellingen die zich na de sluiting van de procedure 'Nieuwe instellingen 2027' melden voor een overeenkomst voor 2027.

Initiatief

Als onze zorginkoop leidt tot onvoldoende gecontracteerd zorgaanbod, waardoor wij niet aan onze zorgplicht kunnen voldoen, dan kunnen we zorgaanbieders ook zelf benaderen voor aanvullende zorginkoop.

4. Proces contractering

Om onze verzekerden tijdig te kunnen informeren over het gecontracteerde zorgaanbod, willen we de contractafspraken uiterlijk op 11 november 2026 afronden. Daarvoor hebben we onderstaande tijdpaden ingericht. Wij rekenen op uw medewerking om deze planning te halen.

4.1 Tijdpad

Instellingen die we digitaal contracteren

Instellingen die voor 2026 een digitaal aanbod hebben gekregen via de VECOZO-contracteermodule, ontvangen ook voor 2027 een digitaal aanbod als wij hun vragenlijst positief hebben beoordeeld.

Activiteiten	Planning
Publiceren van het zorginkoopbeleid 2027	Uiterlijk 1 april 2026
Openstellen uitvraagmodule VECOZO ^[1]	15 juni 2026
Sluiting uitvraagmodule VECOZO	5 augustus 2026
Aanbieden van de overeenkomsten. Na ontvangst van het aanbod kunt u daarop reageren	Uiterlijk 30 september 2026
Uiterste tekentermijn en afsluiting van de contracteerronde	Uiterlijk 11 november 2026 om 17.00 uur ^[2]
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2026
Contractering Mentale Gezondheidsnetwerken	Dit is een apart traject, afhankelijk van de regio. Meer informatie voor onze regio's is te vinden op onze website .
Indienen aanvraag voor aanvullende zorginkoop	1 april 2027 tot en met 31 augustus 2027

1 Voor de in- en exclusiecriteria en kenmerken van de organisatie van de zorg(verlening).

2 Tenzij CZ groep en de zorgaanbieder afwijkende procesafspraken hebben gemaakt.

Instellingen die we contracteren met het offerteformat (face to face-contractering)

Instellingen waarmee we voor 2026 afspraken hebben gemaakt via een offerteformat, ontvangen ook voor 2027 dit offerteformat en toegang tot de VECOZO-onderhandelmodule.

Activiteiten	Planning
Publiceren van het zorginkoopbeleid 2027	Uiterlijk 1 april 2026
Openstellen uitvraagmodule VECOZO ^[1]	15 juni 2026
Sluitdatum uitvraagmodule VECOZO	5 augustus 2026
Indienen van de eerste offerte, inclusief inhoudelijke toelichting	Uiterlijk 1 september 2026 ^[2]
Indienen van een eventuele aanvulling op de offerte, afhankelijk van de informatie die vrijkomt in september	Uiterlijk 1 oktober 2026 ^[3]
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2026
Contractering Mentale Gezondheidsnetwerken	Dit is een apart traject, afhankelijk van de regio. Meer informatie voor onze regio's is te vinden op onze website .

1 Voor de in- en exclusiecriteria en kenmerken van de organisatie van de zorg(verlening).

2 Op basis van richtsnoer 4: de zorgaanbieder dient uiterlijk op 1 september de onderdelen van de offerte in die niet onlosmakelijk verbonden zijn met de informatie die vrijkomt in september.

3 Op basis van regelgeving TH/NR-038, artikel 7 ontvangt u uiterlijk 6 weken na het indienen van de offerte een inhoudelijke reactie.

Nieuwe instellingen

De procedure voor nieuwe instellingen is van toepassing voor zorgaanbieders die als instelling geen overeenkomst met CZ groep hebben voor het leveren van geneeskundige GGZ voor 2026 ^[1]. Instellingen die voor 2027 een overeenkomst willen, moeten aantoonbaar voldoen aan de toegangseisen en de minimale en aanvullende eisen. Gedurende de looptijd van de overeenkomst blijven zij hieraan voldoen. Belangstellenden kunnen zich aanmelden via rz.ggz@cz.nl.

Activiteiten	Planning
Vorbereiden, formuleren en publiceren van het zorginkoopbeleid 2027	Uiterlijk 1 april 2026
Melden als belangstellende voor een overeenkomst voor 2027 via rz.ggz@cz.nl	Uiterlijk 15 juli 2026
Openstellen uitvraagmodule VECOZO	15 juni 2026
Sluiting uitvraagmodule VECOZO	5 augustus 2026
Aanbieden van de overeenkomsten. Na ontvangst van het aanbod kunt u daarop reageren	Uiterlijk 30 september 2026
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af	Uiterlijk 11 november 2026 om 17.00 uur ^[2]
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2026

1 Deze procedure geldt ook voor zorgaanbieders die volgens het LKS in 2027 tot een andere sectie behoren dan in de overeenkomst 2026.

2 Tenzij CZ groep en de zorgaanbieder afwijkende procesafspraken hebben gemaakt.

4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk op 12 november 2026 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2027. Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- NAW-gegevens van de zorgaanbieder
- de etalage-informatie die u zelf invult en beheert in Mijn Zorgaanbod
- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden

- de wachttijden (indien beschikbaar)
- kwaliteitsinformatie, waaronder de selectieve inkoopresultaten (indien beschikbaar)
- patiëntervaringen (indien beschikbaar)

4.3 Bereikbaarheid

- Aanmeldingen als belangstellende voor een overeenkomst voor 2027 kunt u mailen naar rz.ggz@cz.nl.
- Algemene vragen over de contractering kunt u mailen naar rz.ggz@cz.nl.
- Vragen over het beleid voor instellingen kunt u mailen naar inkoop.ggz.instellingen@cz.nl.
- Vragen over declareren kunt u mailen naar declaraties.ggz@cz.nl.
- Meer informatie vindt u op www.cz.nl/ggz.

4.3.1 Meldpunt voor complexe casuïstiek

Soms is het niet mogelijk om een verzekerde (tijdig) passende zorg te bieden via het reguliere zorgproces, omdat het oplossen van de situatie om maatwerk vraagt. Dan kan er sprake zijn van complexe casuïstiek. Deze situatie ontstaat bijvoorbeeld door organisatorische of systeemoverstijgende factoren, waarbij reguliere bemiddeling en financiering tekortschieten. Om deze situaties adequaat op te pakken, hebben we binnen CZ groep het Loket Complexe Casuïstiek ingericht. Dit loket is het centrale punt om complexe zorgvragen te melden.

Wanneer neemt u contact op met het Loket?

Als u een situatie signaleert waarin passende zorg niet via de reguliere weg geregeld kan worden.

Wanneer is er sprake van complexe casuïstiek?

Complexe casuïstiek heeft geen vaste definitie, maar we geven hieronder een kader dat helpt te bepalen of aanvullende inzet en regie nodig zijn. Het uitgangspunt is dat het een individuele, unieke situatie betreft die meerdere van de volgende elementen bevat:

- er is sprake van zorg volgens de Zvw
- er is sprake van systeemgrenzen die de toegang tot zorg blokkeren. Bijvoorbeeld tussen de Zvw, de Wmo, de Wlz en de Jeugdwet
- er is een risico op discontinuïteit van zorg of maatschappelijke risico's
- de zorgvraag is inhoudelijk of organisatorisch niet uitvoerbaar binnen het bestaande aanbod
- multidisciplinaire afstemming en/of bestuurlijke betrokkenheid zijn nodig om tot een oplossing te komen
- de situatie vraagt om domeinoverstijgende samenwerking (met onder meer externe partijen) en/of het maken van maatwerkafspraken buiten de reguliere kaders

Hoe bereikt u het Loket?

Via de centrale mailbox: loketcc@cz.nl. Vermeld in uw bericht alle relevante informatie over de casus, zodat het Loket tot een zorgvuldige beoordeling kan komen.

Het Loket zorgt voor een zorgvuldige afhandeling van uw vraag en zet passende acties uit. Valt een casus niet onder de complexe casuïstiek, dan draagt het Loket de casus over aan de juiste afdeling binnen CZ groep. Zo voorkomen we versnippering en zorgen we ervoor dat elke casus de juiste aandacht krijgt.

4.3.2 Wachtlijstbemiddeling

Wanneer een verzekerde niet binnen de landelijke (Treek)normen geholpen kan worden, biedt CZ groep wachtlijstbemiddeling aan. Als blijkt dat de wachttijd bij uw organisatie of de organisatie waarnaar u heeft doorverwezen langer is dan de landelijke norm, dan vragen we u om de verzekerde actief te wijzen op de mogelijkheid van bemiddeling door CZ groep. Alle relevante informatie en de juiste contactgegevens zijn eenvoudig te vinden via [Wachtlijstbemiddeling: sneller geholpen worden - CZ](#).