

Zorginkoopbeleid 2025

GGZ instellingen

Inhoudsopgave

GGZ instellingen 2025	2
Vorbehoud	2
1 Visie van CZ groep op de GGZ	3
1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave	3
1.2 Visie op de GGZ	3
2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	5
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2025	5
2.2 Inhoudelijk beleid	5
2.3 Transformatie en samenwerking	12
2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	13
3 Proces contractering 2025	14
3.1 Tijdpad	14
3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	15
3.3 Bereikbaarheid	15
Bijlagen	16
Bijlage 1. Minimale eisen voor instellingen	16
Bijlage 2. Proces en voorwaarden voor aanvullende zorginkoop 2025	18
Bijlage 3. Toetsingskader esketamine neusspray (Spravato)	19

GGZ instellingen 2025

Zorginkoopbeleid

GGZ voor instellingen 2025

laatste update 28-3-2024

Voorwoord

Nog steeds staat de GGZ voor de grote uitdaging om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. De wachttijden in de GGZ blijven te lang. Dat komt vooral door een tekort aan personeel. Dit vraagt om een andere aanpak en samenwerking, zodat de huidige (behandel)capaciteit voor meer mensen beschikbaar komt. Alleen op die manier is de zorg voor de meest kwetsbare mensen gegarandeerd.

CZ groep richt zich de komende jaren op 3 lijnen waarlangs we ons beleid vormgeven:

1. Passende zorg: het blijven stimuleren van de juiste zorg op de juiste plek, met een optimale balans tussen kosten, volume en kwaliteit, die aansluit op wat een cliënt écht nodig heeft.
2. Digitale (zelf)zorg: meer aanbod van digitale interventies en een landelijk digitaal netwerk.
3. Herinrichten waar en wanneer: meer samenwerking binnen stelsels en over stelsels heen.

We differentiëren in zorgaanbieders die zich vooral op de mono- en multidisciplinaire zorg richten en zorgaanbieders die specialistische en complexe zorg leveren. Dat doen we door prikkels in het tarief op basis van in- en exclusiecriteria. Daarnaast zetten we in op een betere samenwerking tussen de GGZ, de huisartsen en het sociaal domein om de in-, door- en uitstroom van de GGZ te verbeteren. Dit doen we door de beweging van de mentale gezondheidsnetwerken in de regio's te stimuleren en implementeren. Daarmee kunnen we de toegankelijkheid van de GGZ duurzaam borgen.

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving door OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep). 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. Indien er een reden voor aanpassing aanwezig is, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. De aanpassingen zullen dan zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden. 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.

1 Visie van CZ groep op de GGZ

1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave

De wachttijden in de zorg zijn te lang. Dit komt door een mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod. De verwachte stijgende zorgvraag en de verwachte krapte op de arbeidsmarkt vragen om een andere aanpak. Een aanpak die om samenwerking draait, zodat de huidige (behandel)capaciteit voor meer mensen beschikbaar blijft. Het is een maatschappelijke opgave om toegankelijke zorg op de juiste plek tegen maatschappelijk acceptabele kosten te leveren. Daarom richt CZ groep zich de komende jaren op 3 lijnen waarlangs we ons beleid vormgeven:

1. Passende zorg

Passende zorg is zorg die werkt en die onnodig hoge zorgkosten beperkt, waarbij patiënt en zorgaanbieder samen beslissen. Het gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid. We willen stimuleren dat de juiste zorg op de juiste plek wordt gegeven. Dit betekent dat we onnodige instroom in de GGZ willen voorkomen en de door- en uitstroom optimaliseren. Daarnaast zoeken we een optimale balans tussen kosten, volume en kwaliteit van de zorg, die aansluit op wat een cliënt écht nodig heeft.

2. Digitale (zelf)zorg

Digitale zorg is het volledig of gedeeltelijk vervangen van reguliere zorg door een digitale variant. We willen het aanbod van digitale interventies vergroten, waardoor de GGZ behandelingen deels of volledig online kan aanbieden. Hierdoor neemt de eigen regie van cliënten toe. Ook willen we een landelijk digitaal netwerk van behandelaren beschikbaar maken. Daarmee kunnen we de beschikbare behandelcapaciteit vergroten.

3. Herinrichten waar en wanneer

Bij de herinrichting van de zorg is het van belang dat de GGZ die aan de cliënt levert op de juiste locatie en op het juiste moment in het zorgproces. Professionals dienen vroeg betrokken te zijn, zodat we ernstige(r) klachten kunnen voorkomen. We willen de samenwerking versterken binnen stelsels (denk aan de huisarts en de GGZ) en over de stelsels heen (denk aan het sociaal domein en de Wlz).

1.2 Visie op de GGZ

De toenemende vraag en een schaarste aan personeel zetten de ondersteuning en zorg aan mensen met psychische klachten onder hoge druk. De instroom, doorstroom en uitstroom in de specialistische GGZ lopen niet soepel. Zo zijn lange wachttijden voor de GGZ ontstaan. De gezamenlijke opgave is om de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische klachten anders en beter te organiseren (dichtbij, digitaal waar het kan, via zelfhulpmodules tenzij, zo vroeg mogelijk en in samenhang), zodat de in-, door- en uitstroom van de GGZ verbeteren. Daarnaast is een discussie nodig over wat wel en niet onder de geneeskundige GGZ valt. Alleen op die manier kunnen we de zorg voor de meest kwetsbare mensen garanderen.

De GGZ-expertise naar de voorkant brengen

Om de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische klachten anders en beter te organiseren, dienen het sociaal domein, de huisartsenzorg en de GGZ domeinoverstijgend beter samen te werken. Dienen ze ook een gedeelde verantwoordelijkheid te hebben voor tijdige en passende ondersteuning en zorg nog voordat iemand naar de GGZ wordt verwezen. Deze transformatie betekent specifiek voor de GGZ-aanbieders in de regio, dat ze hun expertise naar de voorkant moeten brengen. Nog te vaak zien we nu, dat de GGZ direct een hulpvraag medicaliseert en psychische klachten behandelt. Een hulpvraag die voortkomt uit problemen op andere levensgebieden die (deels) ook buiten de GGZ kunnen worden opgepakt. Dit moet écht anders. Want niet altijd is professionele ondersteuning of zorg het meest passende antwoord op een hulpvraag.

Verkennde gesprekken en de mentale gezondheidsnetwerken ondersteunen de beweging naar die gedeelde verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg, de GGZ en het sociaal domein. CZ groep vindt het belangrijk dat de GGZ-aanbieders (pro)actief een bijdrage leveren aan deze beweging. De samenwerking tussen de 3 domeinen gaan we vooral in de regio (helpen) vormgeven. Een verdere verdieping op de transformatie en regionale samenwerking is te lezen in [hoofdstuk 2.3](#).

Het GGZ-landschap terug in balans brengen

Als blijkt dat iemand wel baat heeft bij GGZ (en dus wordt verwezen), ziet CZ groep dat de GGZ voor de meest kwetsbare mensen de afgelopen jaren in de verdrinking is gekomen en dat de zorg verder is verzuimd. Steeds meer aanbieders hanteren exclusiecriteria. Deze ontwikkeling en een toenemend beroep op de schaarse capaciteit gaan ten koste van de meest kwetsbare doelgroepen.

Aanbieders van mono- en multidisciplinaire zorg kunnen de meeste zorgvragen oppakken. Dit zijn zorgvragen met een hulpvraaggerichte behandelfocus. Het beloop van de aandoening en van de behandeling(en) heeft een zekere voorspelbaarheid en stabiliteit. De aanbieders kunnen eventuele fluctuaties en excessen met de juiste interventies behandelen. Die behandeling moet toegevoegde waarde hebben voor de cliënt. Deze moet daarom vooraf redelijkerwijs weten welk resultaat hij kan verwachten en welke tijdsduur daaraan is gekoppeld. Een zorgvuldig opgesteld behandelplan, met een evaluatie op de concrete behandeldoelen en het verloop, is daarbij de basis. Daarom zien we ook dat zorgaanbieders die vooral dit type zorg aanbieden, (strikte) exclusiecriteria bij de toegangspoort hanteren.

Het hanteren van exclusiecriteria brengt het GGZ-landschap uit balans. Een relatief kleine groep cliënten heeft te maken met een (zeer) complexe zorgvraag, waarbij de problemen vaak aanhouden. Hun aandoening is minder voorspelbaar. Daardoor is voor hen altijd een multidisciplinaire aanpak nodig, 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). Door het grillige verloop van de aandoening moeten aanbieders het behandelplan regelmatig bijstellen, ook buiten de geplande evaluaties om. Deze cruciale zorg moet op (boven)regionaal niveau goed en vrijwel direct toegankelijk zijn. Doordat veel aanbieders exclusiecriteria hanteren, wordt het steeds moeilijker om aan deze complexe doelgroep, die een specifiek cruciaal aanbod nodig heeft, passende zorg te bieden. CZ groep gaat zich daarom richten op het toegankelijk houden van de GGZ. Dat doen we vooral door het tarief bij te stellen op basis van de (hoeveelheid) exclusiecriteria en door digitale zorg te stimuleren.

De uitstroom uit de GGZ bevorderen

Door gebrek aan sociale voorzieningen is onvoldoende uitstroom mogelijk van de GGZ naar de wijk. Hierdoor blijven cliënten soms onnodig opgenomen in de GGZ. Door het gebrek aan uitstroombmogelijkheden ontstaat 'verstopping' binnen de GGZ, met een stuwend effect op de wachtlijsten als gevolg. Om goed uit te stromen, is de sociale basis ook erg van belang. Als deze onvoldoende is, is de kans op terugval groot. Voor een betere uitstroom van cliënten uit de GGZ-instellingen naar de thuissituatie is een goede samenwerking tussen de GGZ en gemeenten essentieel. Ook dit is onderdeel van de regionale samenwerking en de bijbehorende regioplannen, beschreven in [hoofdstuk 2.3](#).

Uitstroom uit de geneeskundige GGZ kan eveneens betekenen, dat een client betere zorg krijgt met een Wlz-indicatie (Wet langdurige zorg) en een bijpassende plek. Deze cliënten zijn blijvend aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of op permanent toezicht, vanwege de complexiteit en/of multimorbiditeit van de zorg. Door deze complexiteit is het noodzakelijk dat alle betrokken zorgaanbieders hun handelen intensief en integraal op elkaar afstemmen. CZ groep hecht waarde aan integrale zorg (en de bijbehorende bekostiging) en ziet dit als een uitgangspunt.

2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2025

In 2025 streven wij naar een optimale toegankelijkheid en inzet van de (beschikbare) capaciteit, tegen maximaal gelijkblijvende kosten en met een waarborging van de kwaliteit van de zorg. De activiteiten die vanuit het Integraal Zorgakkoord worden georganiseerd, dragen hieraan bij.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2025

- Een verblijfsdag complexe somatische co-morbiditeit kopen we enkel in als sprake is van een aantoonbare integrale behandeling van complexe somatische en psychiatrische co-morbiditeit. Deze prestatie kopen we in principe alleen in bij zorgaanbieders met een medische psychiatrische unit (MPU). Een afspraak over de inzet van deze prestatie is slechts mogelijk in combinatie met een omzetmaximum of deelkavel over deze verblijfsdagen.
- Als een zorgaanbieder setting 4 Outreachend wenst te kunnen declareren, toetsen we dat op aantoonbare *regionale* samenwerkingsafspraken én aantoonbare samenwerkingsafspraken met de regionale crisisdienst GGZ (GMAP).
- Het aanbod van 2025 kan in 2 gevallen lager zijn dan in voorgaande jaren. Als de zorgaanbieder de afgelopen jaren een afwijkende groei heeft laten zien ten opzichte van de gemiddelde groeicijfers van vergelijkbare gecontracteerde zorgaanbieders. En als de aanbieder de afgelopen jaren minder volume in zorg heeft genomen (minder cliënten voor meer omzet).
- Het directe uurtarief, de directe uren per cliënt en de gemiddelde kosten per verblijfsdag kunnen onderdeel zijn van de overeenkomst.
- Van het beleid 2025 maken geen onderdeel uit: selectieve inkoop ter verbetering van kwaliteit, het kwaliteitskader ernstige persoonlijkheidsstoornissen en ernstige eetstoornissen.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- We sluiten in 2025 mogelijk geen overeenkomst meer voor het geneesmiddel Spravato als het aantal behandelde cliënten onder de jaarlijkse volumenor van 10 cliënten blijft ([zie ook paragraaf 2.2.1](#)).
- De zorgaanbieder geeft toestemming aan CZ groep om de door hem gehanteerde in- en exclusiecriteria te delen met verwijzers, regionale transfermechanisme(n) en het CZ Zorgteam.

2.2 Inhoudelijk beleid

De toenemende vraag naar GGZ en de schaarste behandelcapaciteit vragen om afstemming. De hulpvrager moet daarom passende zorg ontvangen. De complexiteit van GGZ-problematiek is niet altijd alleen op te lossen in het behandel domein. Daarom is het belangrijk om met meerdere professionals uit verschillende domeinen samen met de hulpvrager de problematiek te beoordelen, met als doel te bepalen welke zorg het beste bij deze hulpvrager past. Om te komen tot die passende zorg is het nodig om een mentaal gezondheidsnetwerk op te zetten en om verkennende gesprekken daarbinnen te organiseren, zoals opgenomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

2.2.1 Kwaliteit van zorg

Uitkomst kwaliteitsgesprekken

Gedurende 2023 en 2024 hebben wij met verschillende zorgaanbieders en cliëntenvertegenwoordigers kwaliteitsgesprekken gehouden. Het doel ervan was input te ontvangen voor het kwaliteitsbeleid 2025. Tijdens deze gesprekken hebben wij geconcludeerd, dat de inzet van selectieve zorginkoop de kwaliteit van zorg onvoldoende significant verbetert. Zorgaanbieders gaven aan dat vragenlijsten invullen veel tijd kost en weinig oplevert. CZ groep heeft daarom besloten de selectieve zorginkoop in 2025 niet als instrument te gebruiken om kwaliteit te bevorderen. CZ groep kiest ervoor om de kwaliteitsontwikkeling via de Akwa GGZ-standaarden te borgen. Wij vertrouwen erop dat een instelling een eigen kwaliteitverbetercyclus hanteert, waarin ruimte is voor leren en verbeteren. Prioriteit hierin is het verbeteren van de toegankelijkheid van de GGZ. We gaan mogelijk hierover het gesprek aan met instellingen.

Esketamine neusspray (Spravato)

Voor behandelingen met Spravato contracteren we instellingen op basis van de landelijk opgestelde criteria van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Zie [bijlage 3](#) voor het toetsingskader Esketamine neusspray. In 2025 contracteren we voor dit dure geneesmiddel in principe alléén de zorgaanbieders die hier ook in 2024 een overeenkomst voor hadden. Mogelijk contrateren wij een zorgaanbieder niet meer voor 2025, als deze in 2024 niet voldoet aan de volumenorm van minimaal 10 cliënten per jaar. Afgelopen jaren hebben wij ingezet op uitgebreide contractering om deze behandelingen binnen het bereik van onze verzekerden te krijgen. Naast spreiding is ook concentratie van deze zorg belangrijk om de kwaliteit van de behandeling te waarborgen. De volumenorm draagt hieraan bij. Indien de NVvP voorziet in andere of aanvullende kwaliteits- en/of doelmatigheidsnormen, zullen wij deze bij de contractering 2025 hanteren.

Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS) en veldafspraken binnen het ZPM

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om zorg aan een GGZ-cliënt te bieden. Vanaf 2025 moet er overeenstemming zijn over een veldnorm die tripartite is ingediend om te worden opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland als aanvulling op of (deels) als vervanging van het LKS. Mocht deze opname in het register vertraging oplopen, dan is er mogelijk ook in 2025 sprake van een veldafpraak die tijdelijk concrete invulling geeft aan het LKS. Als dit leidt tot een aanpassing van het zorginkoopbeleid voor 2025, publiceren we dit op onze [website](#).

Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ

Dit keurmerk draagt bij aan het continu verhogen van de kwaliteit en toegankelijkheid van de generalistische zorg. Daarom hanteert CZ groep een opslag op het tarief voor zorgaanbieders die in 2025 het keurmerk dragen.

Genderdysforie

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

Hoofdzaak werk/arbeidsintegratie

Het hebben van (betaald) werk is belangrijk en draagt bij aan iemands mentale gezondheid en maatschappelijk functioneren in brede zin. Het is belangrijk dat de zorgvrager al tijdens de behandeling actie onderneemt om weer terug te keren naar of te starten in het arbeidsproces. Om uitval te voorkomen, succesvol te re-integreren of werk te behouden, is een integrale aanpak nodig op verschillende leefgebieden. Bijvoorbeeld door mensen met een psychische kwetsbaarheid (de EPA-doelgroep: mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen) te verwijzen naar Individual Placement and Support (IPS).

2.2.2 Kosten van zorg

Omzetmaximum

In de volgende situaties maakt CZ groep een afspraak inclusief omzetmaximum ^[1] :

- De zorgaanbieder heeft de afgelopen jaren een afwijkende groei laten zien ten opzichte van de gemiddelde groeicijfers van vergelijkbare gecontracteerde zorgaanbieders.
- De zorgaanbieder heeft de afgelopen jaren minder volume in zorg genomen (minder cliënten voor meer omzet).
- De zorgaanbieder heeft in 2024 een afspraak inclusief omzetmaximum gemaakt.
- De zorgaanbieder komt in aanmerking voor een overeenkomst in 2025 als nieuwe instelling.
- De zorgaanbieder heeft een afspraak over de inzet van de verblijfsdag met complexe somatische co-morbiditeit.

Als in 2025 sprake is van een omzetmaximum, baseren we dat op 2024. Tenzij in 2024 het volume is gedaald (minder cliënten behandeld), maar de omzet is verhoogd. In dat geval stellen we een lager omzetmaximum dan in 2024 voor en gebruiken we ook de jaren 2022 en 2023 om het omzetmaximum vast te stellen.

Tarieven

CZ groep koppelt de tariefpercentages aan de in- en exclusiecriteria per setting. Dit houdt het volgende in:

- We maken categorieën in de mate waarin een zorgaanbieder exclusiecriteria hanteert. Daarbij maken we expliciet onderscheid tussen de typen criteria. Kritische criteria als het uitsluiten van crisisgevoelige actuele problematiek en LVB-problematiek, hebben daarbij een speciale weging.
- We maken ook onderscheid in het tariefpercentage per setting. Het is aannemelijk dat in de monodisciplinaire setting (veel) exclusiecriteria worden gehanteerd. Wij nemen aan dat zorgaanbieders met veel exclusiecriteria geen zorg leveren in setting 4 of hoger.
- CZ groep kent een op- of afslag toe voor bepaalde proceskenmerken van de organisatie (zoals het dragen van het KiBG keurmerk of het leveren van digitale zorg).
- 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 CZ groep hebben of willen aangaan (zie [hoofdstuk 3](#)).
- CZ groep wil exclusiecriteria niet onmogelijk maken, maar het tarief voor de geboden zorg moet dan passend zijn. Als een zorgaanbieder ervoor kiest om geen exclusiecriteria meer te hanteren, moet hij de expertise en regionale samenwerkingsafspraken voor consultatie en advies goed hebben georganiseerd. Dit mag niet leiden tot meer horizontale doorverwijzingen naar de cruciale zorg doordat behandelingen vastlopen.
- CZ groep monitort het directe uurtarief en vergelijkt de uitkomsten met het directe uurtarief van voorgaande jaren. Als dit significant afwijkt, heeft dit mogelijk consequenties voor de tariefpercentages voor 2025 en 2026. Mocht dit zo zijn, dan informeren wij de zorgaanbieder via de aanbiedingsbrief.

Overige parameters

Om de wachtlijsten te verminderen, moeten extra mensen worden behandeld met de huidige capaciteit aan professionals die werkzaam zijn voor in ieder geval de monodisciplinaire zorg. Hiervoor moet zo'n 6 procent van de behandelcapaciteit worden vrijgespeeld, dan wel 6 procent meer cliënten worden behandeld binnen dit type zorg ^[2]. CZ groep neemt daarom een prikkel op die de doorstroom van cliënten stimuleert: het aandeel (nieuwe) cliënten dat een aanbieder in zorg kan nemen.

Naast het realiseren van toegankelijke zorg, is een opgave ook om tegen maatschappelijk acceptabele kosten deze zorg te leveren. Daarom zijn het directe uurtarief en de directe uren per cliënt in 2025 ook onderdeel van de overeenkomst. In sommige gevallen kan ook de gemiddelde kosten per verblijfsdag onderdeel zijn, bijvoorbeeld bij een psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis (PAAZ) of bij een psychiatrische universitaire kliniek (PUK).

Zorglabels, settings en prestaties

We vinden het belangrijk dat de settings en de zorglabels correct worden geregistreerd. Daarvoor verwijzen we naar de geldende Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de aanvullende factsheets. We benoemen daarnaast specifiek een aantal zorglabels, settings en prestaties:

- *Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg (zorglabel)*
Geïnccludeerde cliënten voor de levensloopfunctie worden geormerkt met het zorglabel ‘Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg’.
- *Outreaching (setting 4)*
De zorg in de outreachende setting wordt vooral geleverd door FACT, IHT en VIP. Een zorgaanbieder moet aantoonbare regionale samenwerkingsafspraken hebben met het sociaal domein en de regionale crisisdienst van de GGZ (GMAP) en richt zich vooral op de EPA-doelgroep en het managen van ernstige crises. Deze setting is niet bedoeld als een zorgaanbieder – in algemene zin – te maken heeft met reistijd. Deze wordt gedeclareerd via de toeslag. Er is expliciet toestemming nodig van CZ groep om setting 4 te mogen leveren. 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 klinische capaciteit ten opzichte van 2024. Daarnaast is de langdurige GGZ (LGGZ) binnen het Zorgprestatiemodel (ZPM) niet meer als zodanig herkenbaar. Daarom maken we specifieke afspraken op het moment dat 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)*
De setting Hoogspecialistische zorg kan alleen worden geregistreerd en gedeclareerd als dit is overeengekomen in de overeenkomst. Of een zorgaanbieder deze setting mag opvoeren, beoordelen we onder meer op basis van de landelijke afspraken en de aanvullende eisen rondom een bovenregionale functie en derdelijns verwijzingen. CZ groep verwacht dat de zorgtrajecten van deze setting kortdurend zijn en dat de overdracht en expertise naar het reguliere veld tijdig en goed zijn georganiseerd. We vragen de criteria via VECOZO uit bij alle zorgaanbieders.
- *Verblijfsdag met complexe somatische co-morbiditeit (prestatie)*
CZ groep contracteert in principe deze toeslag alleen bij zorgaanbieders met een medisch psychiatrische unit (MPU). De toeslag geldt enkel voor cliënten met complexe somatische co-morbiditeit. Dit zijn cliënten die gelijktijdig een somatische en een psychiatrische aandoening hebben die elkaar onderling negatief beïnvloeden, waardoor gelijktijdige en geïntegreerde somatische en psychiatrische zorg nodig is ^[2]. Zowel de medisch specialist als de psychiater hebben direct contact met de cliënt. Daarnaast moet de zorgaanbieder aantoonbare samenwerkingsafspraken hebben met verwijzers en nazorginstanties ^[3]. De verblijfsdag met complexe somatische co-morbiditeit wordt enkel overeengekomen als er een omzetmaximum of deelkavel voor dit onderdeel is afgesproken.

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 procent uit trajecten met uitsluitend diagnostiek.
- De registratie en de declaratie van alle toeslagen en overige prestaties moeten expliciet overeengekomen zijn.

2.2.3 Toegankelijkheid van zorg

De toegankelijkheid van de GGZ blijft onder druk staan. De vraag naar GGZ is onverminderd hoog en de behandelcapaciteit is niet alleen schaars, maar ook slecht verdeeld (zowel naar soort behandelingen als ook topografisch). Ondanks alle inspanningen blijven de wachttijden te lang. We blijven streven naar een goed toegankelijke GGZ voor onze verzekerden. Dat vraagt van alle partijen inspanningen. CZ groep koopt extra zorg in als die bijdraagt aan het verkorten van de wachttijsten (zie [bijlage 2](#)). Zorgaanbieders maken keuzes, zodat ook de toegankelijkheid voor de complexe doelgroep en het gehele behandelvolume wordt vergroot. Cliënten maken meer gebruik van digitale (zelf)hulpmiddelen en worden hiertoe gestimuleerd. Deze inspanningen staan centraal binnen de transformatieplannen uit het Integraal Zorgakkoord.

Digitale zorg

Samen met de zorgaanbieders zetten we ons in om passende hybride en digitale zorg mogelijk te maken. Zelf doen als dat kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Het uitgangspunt hierbij is de [gezamenlijke ZN-ambitie digitalisering](#).

Met de inzet van meer digitale zorg verwachten we 2 vliegen in 1 klap te slaan: met minder zorgpersoneel meer mensen helpen én besparen op de zorgkosten doordat fysieke zorg niet meer nodig is. Daarom zetten we in op 'passende hybride en digitale zorg: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.' Het doel is dat eind 2025 70 procent van de zorgpaden op een hybride manier wordt vormgegeven met een inclusiepercentage van minimaal 50 procent. We vragen bij zorgaanbieders via de VECOZO-vragenlijst uit hoe ver ze zijn in het behalen van deze ambitie.

Delen in en exclusiecriteria met verwijzers en het CZ Zorgteam

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 CZ groep hebben of willen aangaan (zie [hoofdstuk 3](#)). Om de toegankelijkheid van zorg te optimaliseren en onnodige horizontale verwijzingen en daarmee onnodig wachten te voorkomen, delen wij de uitkomsten van deze vragenlijsten met verwijzers, regionale transfermechanisme(n) en het CZ Zorgteam.

Consultatiefunctie voor het sociaal domein

CZ groep koopt sinds 2024 de prestatie consultatiefunctie voor het sociaal domein in. Hierbij zijn samenwerking en afstemming rondom een cliënt essentieel, net als de beschikbaarheid van GGZ-expertise. Door deze consultatiefunctie kunnen zorgverleners uit het sociaal domein met een GGZ-professional overleggen over de juiste zorg voor mensen die niet in behandeling zijn bij de GGZ. Hierdoor verminderen de verwijzingen naar de GGZ. Ook in 2025 kopen zorgverzekeraars de consultatiefunctie uniform in bij een beperkt aantal GGZ-aanbieders in de regio. De preferente zorgverzekeraar benadert hiervoor een aantal zorgaanbieders. Dankzij een gelijkgerichte inkoop kan de preferente zorgverzekeraar ook met de andere zorgverzekeraars afspraken maken. Op het moment van publicatie van dit beleid is nog weinig ervaring met de inkoop van deze prestatie in 2024. Het is mogelijk dat er voor de inkoop 2025 een aanpassing van beleid plaatsvindt naar aanleiding van landelijke evaluaties. Mocht dit het geval zijn, dan stellen we u hier tijdig van op de hoogte via [onze website](#). Het tijdspad 2025 voor deze prestatie moeten we nog afstemmen met andere verzekeraars. We publiceren het tijdspad zodra dat bekend is.

Verbeterde toegang tot de GGZ voor mensen met zwakbegaafdheid (ZB) en een lichte verstandelijke beperking (LVB)

Vanuit het veld ontvangen wij signalen, dat mensen met zwakbegaafdheid en een lichte verstandelijke beperking problemen ervaren om toegang te krijgen tot de GGZ. CZ groep vindt exclusiecriteria op basis van IQ onwenselijk. Deze doelgroep heeft recht op zorg binnen de reguliere GGZ. Daarom vragen we aandacht en inspanning voor het vroegtijdig (h)erkennen van deze problematiek en het aanpassen van de behandeling aan het niveau van de cliënt, zoals opgenomen in de generieke module.^[7] We verwachten dat zorgaanbieders hun expertise voor deze doelgroep waar nodig verhogen door bijscholing en door consultatie vanuit de verstandelijk gehandicapten-sector. Ter inspiratie plaatsen wij een link naar een pilot uit 2023/2024 met betrekking tot samenwerken in kennisdeling, consultatie en (deel)behandeling in de regio voor deze doelgroep op [onze website](#).

Ketenveldnorm levenslooppuntie en beveiligde intensieve zorg

Landelijk wordt gewerkt aan de financiering van de coördinatiefunctie van de ketenveldnorm levenslooppuntie en beveiligde zorg. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie Justitie en Veiligheid komen in 2024 met een advies voor een domeinoverstijgende betaaltitel. We gaan er dan ook vanuit dat er in 2025 zicht is op een structurele oplossing buiten de Zorgverzekeringswet. Mocht dit anders zijn en nader beleid voor 2025 nodig zijn, dan communiceren wij dat.

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie ondersteunt patiënten en zorgaanbieders om passende zorg te vinden bij een acute zorgvraag. Dit kan bijvoorbeeld gaan om het inzetten van de huisartsenpost, ambulancezorg, acute GGZ of ongeplande nachtzorg. Ook kan zorgcoördinatie helpen bij het afschalen van de urgentie van de (acute) zorgvraag (triage) en bij het vinden van vervolgzorg voor een patiënt, bijvoorbeeld een bed voor eerstelijnsverblijf. Zorgcoördinatie kan hiermee, door haar regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren, bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in Nederland. Voor patiënten blijft de toegang tot acute zorg overzichtelijk, want zorgcoördinatie komt samen in 1 (virtueel) loket.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben alle partijen afgesproken dat zij streven naar een landsdekkende inkoop van zorgcoördinatie vanaf 1 januari 2025. Zij werken hiervoor samen aan een implementatieplan. We verwachten dat u als zorgaanbieder hier uitvoer aan geeft. Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) voert de regionale uitwerking van de zorgcoördinatie uit. De zorgverzekeraars volgen de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie in relatie tot ons gepubliceerde inkoopbeleid. Als deze ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven, publiceren wij aanvullend beleid.

Levensbeschouwelijke overtuiging

Iemands levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop hij 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.

Aanvullende zorginkoop

Aanvullende zorginkoop moet bijdragen aan het terugdringen van de wachtlijsten. Een verzoek voor aanvullende zorginkoop kan een zorgaanbieder alleen indienen als hij al is gecontracteerd en als hij meer verzekeren in behandeling kan nemen. Een zorgaanbieder met een omzetmaximum kan zich melden voor aanvullende zorginkoop als hij 70 procent van het afgesproken omzetmaximum heeft bereikt. Bij de beoordeling van uw aanvraag bekijken we de parameters die in de overeenkomst zijn overeengekomen.

De procedure geldt niet voor ongecontracteerde instellingen die na sluiting van de procedure 'Nieuwe Instellingen 2025' zich melden voor een overeenkomst 2025. De volledige procedure voor aanvullende zorginkoop vindt u in [bijlage 2](#).

2.2.4 Duurzaamheid

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.^[7]

Als zorgverzekeraar 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 zorgbranches^[2], kennisinstituten, ministeries, de patiënten federatie 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.^[3]

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.;
- 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).^[1]

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.

Specifiek voor de GGZ

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 zorgaanbieders^[2] 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 GGZ.

- 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]

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.

2.3 Transformatie en samenwerking

2.3.1 Visie op regionale samenwerking

Om de uitdagingen binnen de zorg het hoofd te kunnen bieden, is een transformatie van de zorg noodzakelijk. Veel transformaties vinden plaats in instellingen en die kunnen we met inkoopafspraken faciliteren. Toch kunnen we niet *alle* problemen op dat niveau aanpakken. Daarom zetten wij in op regionale samenwerking om de benodigde transformaties optimaal in gang te zetten. Wij hebben daar een verbindende rol in, die al meer dan 10 jaar geleden begon in Limburg en Zeeland.

De regioplannen die we in 2023 hebben opgesteld, bevestigen dat samenwerking nodig is om de grote uitdagingen op te lossen. Deze uitdagingen overstijgen op veel punten de individuele instellingen en sectoren.

We vormen nog altijd regionale samenwerkingsverbanden en coalities met zorgpartijen, gemeenten en andere relevante partners om de vraagstukken met prioriteit aan te pakken. Denk aan de arbeidsmarkt, de brede inzet van passende zorg en digitalisering. Dankzij deze samenwerkingsverbanden kunnen we gezamenlijk de verandering inzetten die bijdraagt aan de maatschappelijke opdracht. Dit vergt wederzijds commitment voor de strategie in de regio (wat gaan we doen?), de uitvoering van de plannen (hoe gaan we dat doen?) en de randvoorwaarden om dit te kunnen doen (wat hebben we nodig om dit te doen en te borgen?). Dit zijn de uitgangspunten van ons duurzaam transformatiemodel.

Deze transformatie kunnen we niet alleen binnen de Zvw bereiken. Hoewel we er niet direct verantwoordelijk voor zijn, hebben we de Wlz, het sociaal domein, gemeenten, maatschappelijke organisaties en bovenal de inwoners van de regio's keihard nodig om deze transformatie voor elkaar te krijgen. Voor veel veranderingen hebben we deze partijen direct nodig, maar ook indirect zal het iedereen raken. Juist daarom vinden we dat alle partijen aan moeten haken bij de regionale aanpak.

Met alle regio's waar we als CZ groep actief zijn, hebben we in 2023 regiobeelden en regioplannen gemaakt.

2.3.2 Integraal Zorgakkoord en transformatiemiddelen

Het is een enorme uitdaging om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De urgentie is hoog en er zijn fundamentele transformaties nodig. Om invulling te kunnen geven aan deze opgave, hebben zorgpartijen eind 2022 het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten. Daarin zijn afspraken gemaakt die fundamenteel moeten bijdragen aan de opgave.

In totaal is er € 2,8 miljard beschikbaar voor transformaties in de regio. In 2023 zijn in elke regio regiobeelden en regioplannen opgesteld. Die laten een gezamenlijk beeld zien van de prioritaire opgaven in de regio. Daarbij staat ook wie deze prioritaire opgaven oppakt en op welke manier. Samenwerkende partijen kunnen nog steeds plannen indienen die een substantiële bijdrage leveren aan deze uitdaging: hoe kunnen we met een gelijkblijvende inzet van zorgverleners en binnen de financiële kaders antwoord geven op de groeiende zorgvraag?

Deze plannen kunnen worden ingediend bij de coördinerend zorgverzekeraar in de regio (CZ is dat voor de regio's Zeeland, Zuid-Hollandse Eilanden, Zuidoost Brabant, West-Brabant, Haaglanden en Zuid-Limburg) en worden beoordeeld op basis van een landelijk beoordelingskader.

2.3.3 Transformatie en samenwerking op de GGZ

Mentale gezondheidsnetwerken / verkennende gesprekken (MGN/VG)

Mentale gezondheidsnetwerken en de daarbij behorende verkennende gesprekken ziet CZ groep als een belangrijke beweging om een gedeelde verantwoordelijkheid tussen huisartsen, sociaal domein en de GGZ te bewerkstelligen. Alleen met deze domeinoverstijgende samenwerking zal de toegankelijkheid van de GGZ nu en in de toekomst worden geborgd. Wij stimuleren vanuit CZ groep dat aanbieders zich (pro)actief bij deze regionale beweging aansluiten. De mentale gezondheidsnetwerken betekenen mogelijk ook iets voor de contractering door zorgverzekeraars.

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.

2.3.4 Transformatie en gelijkgerichtheid in contractering

Gelijkgerichtheid

Op het moment dat in het kader van transformatieplannen afspraken worden gemaakt over gelijkgerichtheid, vragen wij u deze informatie tijdig met ons te delen en aan te geven wat u hierin van ons verwacht. In de regio's waar wij de coördinerende zorgverzekeraar zijn voor transformatieplannen, zullen wij – indien sprake is van die plannen – een voortrekkersrol op ons nemen in afstemming met de regionale stakeholders.

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^[1]. 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.

¹ *Integraal Zorgakkoord - pagina 60-62*

2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van onze verzekerden dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiënten(organisaties), ervaringsdeskundigen en onze Ledenraad. Op basis van hun inbreng vormen en toetsen wij ons zorginkoopbeleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben. Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het [transparantiedocument](#).

3 Proces contractering 2025

3.1 Tijdpad

Instellingen via digitale contractering

Instellingen die in 2024 een digitaal aanbod hebben gekregen via de VECOZO-contracteermodule, ontvangen ook in 2025 een digitaal aanbod. Als wij de door hen ingevulde vragenlijst positief hebben beoordeeld, krijgen zij een aanbod voor een overeenkomst 2025 via de contracteermodule van VECOZO.

Activiteiten	Planning
Vorbereiden, formuleren en publiceren van het zorginkoopbeleid 2025	Uiterlijk 1 april 2024
Openstellen uitvraagmodule via VECOZO ^[1]	3 juni 2024
Sluiting uitvraagmodule via VECOZO	5 augustus 2024
Aanbieden van de overeenkomsten. Na ontvangst van het aanbod kunt u daarop reageren.	Uiterlijk 30 september 2024
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af.	Uiterlijk 1 november 2024
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2024
Inkoop prestatie consultatiefunctie sociaal domein	Dit is een apart landelijk traject waarvan de planning nog volgt. Wij publiceren deze zodra deze bekend is via onze website.

1 T.b.v. In- en exclusiecriteria en kenmerken van de organisatie van zorg(verlening).

Instellingen via contractering met offerteformat (face to face-contractering)

Instellingen waarmee we in 2024 middels een offerteformat een afspraak hebben gemaakt, ontvangen ook voor de contractering 2025 dit offerteformat en toegang tot de VECOZO-onderhandelmodule. De voorwaarde daarbij is dat zij voor minimaal 50 procent zorg leveren in setting 4 of hoger. Als een instelling niet aan deze voorwaarde voldoet, valt de contractering onder de digitale procedure (zie hierboven).

Activiteiten	Planning
Start onderhandeling via offerteformat en onderhandelmodule VECOZO	3 juni 2024
Openstellen uitvraagmodule via VECOZO ^[2]	3 juni 2024
Sluiting uitvraagmodule via VECOZO	5 augustus 2024
U biedt eerste offerte aan, inclusief een inhoudelijke toelichting ^[3]	Uiterlijk 1 september
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af.	Uiterlijk 1 november 2024
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2024

2 T.b.v. In- en exclusiecriteria en kenmerken van de organisatie van zorg(verlening).

3 Tenzij zorgaanbieder en zorgverzekeraar anders hebben afgesproken.

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 in 2024^[1]. Instellingen die voor 2025 een overeenkomst willen, moeten aantoonbaar voldoen aan de toegangseis en de minimale en aanvullende eisen (zie bijlage 1). Gedurende de looptijd van de overeenkomst blijven zij hieraan voldoen. Belangstellenden kunnen zich aanmelden via rz.ggz@cz.nl.

Activiteiten	Planning
Openstellen uitvraagmodule via VECOZO	3 juni 2024
Melden als belangstellende voor een overeenkomst 2025 via rz.ggz@cz.nl	Uiterlijk 1 juli 2024
Sluiting uitvraagmodule via VECOZO	5 augustus 2024
Aanbieden van de overeenkomsten. Na ontvangst van het aanbod kunt u daarop reageren.	Uiterlijk 30 september 2024
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluiting van de contracteeronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af.	Uiterlijk 1 november 2024
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2024

3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2024 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2025. 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 de zorgaanbieder zelf invult en beheert in Mijn Zorgaanbod;
- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;
- de wachttijden (indien beschikbaar);
- patiëntervaringen (indien beschikbaar).

3.3 Bereikbaarheid

- Aanmeldingen als belangstellende voor een overeenkomst voor 2025 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.

We streven ernaar om uw e-mail binnen 10 werkdagen te beantwoorden.

¹ Deze procedure geldt ook voor zorgaanbieders die volgens het LKS in 2025 tot een andere sectie dan de overeenkomst 2024 in behoren.

Bijlagen

Bijlage 1. Minimale eisen voor instellingen

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 2025. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst voldoen zij hieraan. CZ groep kan dit vooraf en achteraf toetsen. De instelling aanvaardt dat CZ groep de overeenkomst en de productieafspraken afsprekt met elke zorgaanbieder 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 informatie aan bij de Nederlandse Zorgautoriteit voor het monitoren van de wachttijden.
- De instelling maakt bij haar declaratieadministratie gebruik van 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 Green Deal Duurzame Zorg 3.0. Daarnaast is duurzaamheid verankerd in de strategie van de instelling.

CZ groep

- De instelling levert zorg die 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 veldafspraken binnen het zorgprestatie-model.
- 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 zorgverzekeringswet (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 de Spravato-toeslag alleen als dit expliciet contractueel overeengekomen is.
- Andere zorgaanbieders in de GGZ leveren op de behandellocaties van de instelling geen behandelingen.
- De instelling voert het plan van aanpak uit voor het reduceren van de wachtlijsten.
- De instelling die gebruik wil maken van een aanvullende zorginkoopafspraken, is bekend met de voorwaarden uit dit zorginkoopbeleid en conformeert zich hieraan.

-
- De instelling geeft toestemming dat CZ groep de ingevulde in-en exclusiecriteria die de zorgaanbieder heeft ingevuld via VECOZO deelt met verwijzers, regionale transfermechanisme(n) en het CZ Zorgteam.

Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2025 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 de op hem 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;
- waarbij een integriteitsonderzoek beletselen oplevert;
- 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.

Nieuwe instellingen

De procedure voor nieuwe instellingen is van toepassing voor zorgaanbieders die in 2024 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 in deze bijlage, de toegangseisen en de aanvullende eisen hieronder. CZ groep kan deze eisen vooraf en achteraf toetsen. De instelling aanvaardt dat CZ groep de overeenkomst en de productieafspraken met elke zorgaanbieder afzonderlijk afsprekt en dat deze dus niet overdraagbaar zijn.

Toegangseisen: minimale omzet

Instellingen die in 2023 of de laatste 12 maanden een minimale omzet van € 50.000 hadden voor verzekerden van CZ groep, zonder dat zij een overeenkomst als instelling met ons hadden voor de GGZ, kunnen deelnemen aan de procedure voor nieuwe instellingen voor 2025. We stellen de omzet vast op basis van de gehonoreerde declaraties die uiterlijk op 31 mei 2024 bij ons zijn ingediend. Deze omzet is tevens de basis voor de afspraak 2025.

Aanvullende eisen voor nieuwe instellingen

Naast de minimale eisen in deze bijlage en de toegangseisen gelden voor 2025 de volgende aanvullende eisen voor nieuwe instellingen:

- Binnen de productieafspraken is de verhouding tussen nieuwe verzekerden en verzekerden die al in behandeling zijn minimaal 70/30.
- 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 heeft een website met transparante informatie over de behandelingen, de wachttijden, de vergoedingen en de bereikbaarheid.
- De instelling heeft een plan van aanpak om te voldoen aan de IZA-norm van digitale zorg.
- De instelling is gedurende (minimaal) 5 dagen per week bereikbaar voor cliënten.
- De instelling levert aantoonbaar een bijdrage aan de (regionale) wachtlijstproblematiek. Deze bijdrage beoordelen wij aan de hand van de in- en exclusiecriteria.
- De instelling levert desgevraagd een bijdrage aan de crisisdienst in de regio.
- 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.

¹ Deze procedure geldt ook voor zorgaanbieders die volgens het LKS in 2025 tot een andere sectie dan de overeenkomst 2024 behoren.

Uitsluitingen

Nieuwe instellingen komen in ieder geval niet in aanmerking voor een overeenkomst voor 2025 voor het leveren van GGZ als:

- op hen een van de eerder genoemde algemene uitsluitingen van toepassing is;
- 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.

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.

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 en toegang tot de zorg verhoogt en de kosten van de zorg verlaagt.

Bijlage 2. Proces en voorwaarden voor aanvullende zorginkoop 2025

Het is voor zorgaanbieders in sectie III (instellingen) met een omzetmaximum mogelijk om in 2025 in aanmerking te komen voor aanvullende zorginkoop (bijcontracteren). Hiervoor moet de betreffende zorgaanbieder aantoonbaar wachtlijsten boven de Treeknorm hebben, inclusief een aanmeldpauze. Daarnaast is er geen bemiddelingsalternatief beschikbaar (in de regio) bij een andere (online) zorgaanbieder, veroorzaakt door de wachtlijsten. In dat geval kan de zorgaanbieder, na een goede planning en spreiding van het omzetmaximum, een afspraak voor aanvullende zorginkoop aanvragen. Daarbij mag géén sprake zijn van intensivering. Daarnaast heeft de zorgaanbieder een plan van aanpak opgesteld waarin de acties zijn opgenomen om de wachtlijst terug te brengen. Afgegeven tegemoetkomingen aan verzekerden die verzilverd worden bij de zorgaanbieder, tellen mee in het omzetmaximum.

Minimum eisen 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 2025.
- De wachttijden bij de zorgaanbieder zijn boven de Treeknormen, inclusief een eventuele aanmeldpauze.
- De zorgaanbieder dient het verzoek in als 70 procent van het omzetmaximum voor 2025 is bereikt.
- De zorgaanbieder dient de meest recente uniforme productiemonitor (UPM) in. Deze UPM moet aansluiten bij de productieafspraken en is volledig en juist ingevuld. Als het CZ Zorgteam tegemoetkomingen heeft afgegeven, worden deze meegerekend in het basisbudget. Deze worden dus meegenomen in de UPM.
- 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 levert een (geactualiseerd) plan van aanpak voor de wachttijden aan (zie www.cz.nl/ggz).
- De zorgaanbieder heeft de behandelcapaciteit om deze aanvullende productie daadwerkelijk te kunnen leveren.

Wijze waarop verzoek ingediend kan worden

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

Beoordeling door CZ groep

CZ groep beoordeelt aan de hand van het verzoek 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 hierboven.
 - De aanvraag is gericht op de aandoeningen die in de betreffende regio boven de Treeknorm liggen.
 - 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 verzekerden kunnen voor die aandoeningen niet (meer) bemiddeld worden naar ander geschikt (digitaal) zorgaanbod.
 - De UPM is tijdig, volledig en juist. Uit de UPM blijkt dat de initiële afspraak volloopt.
 - Het aantal behandelde verzekerden binnen het omzetmaximum in 2025 neemt niet af ten opzichte van voorgaande jaren. Wij streven hiermee gelijkblijvende toegankelijkheid na.
 - Het direct uurtarief ten opzichte van voorgaande jaren is niet verhoogd.
 - De directe uren per cliënt zijn niet hoger ten opzichte van voorgaande jaren.
 - Voor aanvullende zorginkoop klinische capaciteit mogen de gemiddelde kosten per verblijfsdag niet hoger zijn dan voorgaande jaren.

Termijnen

Aanbieders die een volledige aanvraag indienen, krijgen **binnen 4 weken** uitsluitel. Wordt het verzoek gehonoreerd, dan maken we een aanvullende productieafpraak. Die geldt in principe tot een maximum van 10 procent van het initieel overeengekomen omzetmaximum. Wij maken een aanvullende zorginkoopafpraak voor een aanvullend omzetmaximum. We maken afspraken over een minimaal aantal unieke cliënten en over het tarief. Deze afspraken leggen we in een addendum vast.

Bijlage 3. Toetsingskader esketamine neusspray (Spravato)

Esketamine en gepast gebruik

Esketamine neusspray wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet bij therapieresistente depressie als stap 4 in het behandelprotocol, na non-respons op ten minste 3 achtereenvolgende medicamenteuze behandelstappen met antidepressiva inclusief 1 augmentatiestap. CZ groep vindt gepast gebruik van dit dure geneesmiddel essentieel en volgt de criteria die de NVvP hiervoor heeft opgesteld.^[1]

Verklaring zorgaanbieder

Als u een gecontracteerde zorgaanbieder bent en contractuele afspraken wilt maken voor behandelingen met esketamine neusspray, vult u onderstaande vragenlijst in. Stuur deze per e-mail naar inkoop.ggz.instellingen@cz.nl met als onderwerp 'toetsingskader esketamine neusspray' en onder vermelding van uw AGB-code. U kunt pas starten met deze behandelingen als CZ groep expliciet toestemming heeft gegeven. De toestemming hangt af van de uitkomst van onderstaande vragenlijst en van een goede landelijke spreiding en concentratie van de behandeling met dit dure geneesmiddel.

Vul de vragen hieronder volledig en naar waarheid in. Als een criterium uit subonderdelen bestaat, moet u integraal voldoen aan al die punten om de vraag met JA te kunnen beantwoorden.

1 *Indien de landelijke criteria aangepast worden, zullen wij deze aanpassingen volgen.*

0	Criteria	JA	NEE
1	U bent een specialistisch centrum en hebt meer dan 2 jaar ervaring met de poliklinische en/of klinische behandeling van therapieresistente depressie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	U behandelt als specialistisch centrum elke patiënt conform de criteria voor gepast gebruik, zoals vastgelegd door Zorginstituut Nederland in afstemming met de NVvP. Voor behandelingen met esketamine neusspray geldt dat alleen therapieresistente patiënten met depressie behandeld mogen worden als stap 4 in het behandelprotocol, na non-respons op ten minste 3 achtereenvolgende medicamenteuze behandelstappen met antidepressiva, inclusief 1 augmentatiestap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	U biedt continuïteit van zorg, onder andere met een traject van indicatiestelling, inductiefase (2 keer per week) en bij voldoende respons een optimalisatiefase en voortgezette behandeling (1 keer per week of minder).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	U monitort de behandelresultaten en bijwerkingen gedurende de behandelingen met depressievragenlijsten (observeer- en zelf-rated), een QOL-meetschaal, een meetschaal voor de mate van (dis)functioneren en een bijwerkingsvragenlijst, zoals bepaald door het Landelijk Netwerk Behandeling met esketamine neusspray (zie ook criterium 8).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Als specialistisch centrum voldoet u aan de volume-eis van minimaal 10 patiënten met esketamine neusspray per jaar om ervaring op te bouwen met de combinatiebehandeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	U voldoet aan de gangbare eisen aan een goede psychiatrische behandeling. Hieraan voldoet u in dit kader als: <ul style="list-style-type: none"> • De behandeling met esketamine geregeld wordt besproken in een MDO. De domeinen van evaluatie zijn: symptoomreductie, functioneren, kwaliteit van leven en bijwerkingen. In dit MDO is een psychiater uit het specialistische centrum met kennis en kunde van therapieresistente depressie aanwezig, net als de professionele zorgverlener die de behandeling met esketamine observeert. • Er is een samenwerking met een ziekenhuis- of instellingsapothek met kennis en kunde van de combinatiebehandeling. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	U voldoet als specialistisch centrum aan de veiligheidsmonitor conform de producteisen van de fabrikant: <ul style="list-style-type: none"> • Er vindt monitoring plaats van de bloeddruk, dissociatie en sedatie rond de behandeling. • Na de toediening van intranasale esketamine houdt een gekwalificeerde zorgprofessional de patiënt onder supervisie, totdat die wordt beschouwd als klinisch stabiel en klaar om de zorginstelling te verlaten. • Bij patiënten met klinisch relevante of instabiele cardiovasculaire of respiratoire aandoeningen moet een getrainde professional aanwezig zijn. Die moet kennis van cardiopulmonale reanimatie en de combinatiebehandeling hebben en apparatuur onder handbereik hebben tijdens de dagklinische behandeling in het centrum. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Als specialistisch centrum participeert u in het Landelijk Netwerk Behandeling met esketamine neusspray, onder andere voor (gepseudonimiseerde) dataverzameling voor kwaliteitsregistratie en effectiviteitsonderzoek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>