

Zorginkoopbeleid 2025

GGZ vrijgevestigden

Inhoudsopgave

GGZ vrijgevestigde praktijken 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	10
2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	11
3. Proces contractering 2025	12
3.1 Tijdpad	12
3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	13
3.3 Bereikbaarheid	13
Bijlagen	14
Bijlage 1. Minimale eisen voor vrijgevestigde praktijken	14

GGZ vrijgevestigde praktijken 2025

Zorginkoopbeleid

GGZ voor vrijgevestigde praktijken 2025

laatste update 14-05-2024

Versie	Datum publicatie	Toevoeging/wijziging	Pagina / hoofdstuk	Reden
1.0	28-03-2024			
1.1	14-05-2024	Aanpassing toegangseis	Bijlage 1	Verruiming instroommogelijkheden nieuwe aanbieders

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 van instellingen 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

In 2025 contracteren wij vrijgevestigde praktijken zonder maximale praktijkuren of omzetplafond.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- Nieuwe vrijgevestigde praktijken die een overeenkomst met CZ groep willen afsluiten voor het leveren van GGZ^[1], moeten in hun praktijk minimaal 1 regiebehandelaar hebben die in het bezit is van een kwaliteitsvisitatie en/of het Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ (geldig in 2025). Anders kunnen zij niet deelnemen aan de procedure nieuwe vrijgevestigde praktijken 2025. De minimale omzeteis is niet van toepassing. Indien dit niet het geval is, is de minimale omzeteis van toepassing.
- Voor nieuwe vrijgevestigde praktijken waarin enkel psychiaters werkzaam zijn, dienen minimaal 1 psychiater in de praktijk deel te nemen aan de regionale crisisdienst (GMAP), om in aanmerking te kunnen komen voor een overeenkomst met CZ groep in 2025. Indien dit niet het geval is, is de minimale omzeteis van toepassing.
- Om een overeenkomst met CZ groep te sluiten of te behouden, moeten vanaf 2028 alle vrijgevestigde praktijken minimaal 1 regiebehandelaar in de praktijk hebben die in het bezit is van een kwaliteitsvisitatie en/of het Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ.

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).

¹ Deze procedure geldt ook voor zorgaanbieders die volgens het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ in 2025 tot een andere sectie behoren dan in de overeenkomst 2024 is aangegeven.

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.

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](#).

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).

Kwaliteitsvisitaties

Kwaliteitsvisitaties en het Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ borgen en stimuleren de kwaliteit en toegankelijkheid in de GGZ voor vrijgevestigde praktijken. CZ groep stimuleert al geruime tijd het hebben van een kwaliteitsvisitatie of een overeenkomst met het Keurmerk.

Vrijgevestigde praktijken die voor 2025 deelnemen aan de procedure nieuwe vrijgevestigde praktijken, moeten een kwaliteitsvisitatie hebben en/of in bezit zijn van het Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ, geldig in 2025. Vanaf 2028 contracteert CZ groep alleen nog maar praktijken, die minimaal 1 regiebehandelaar in de praktijk hebben met een geldige kwaliteitsvisitatie en/of het Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ. Wij attenderen vrijgevestigde praktijken hier alvast op, zodat men zich kan voorbereiden op dit toekomstige beleid.

2.2.2 Kosten van zorg

Tariefpercentages

CZ groep hanteert een opslag op de tariefpercentages voor kwaliteitsvisitaties, het Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ en deelname aan de crisisdienst voor de psychiater.

Aanvullend beleid voor consulten, toeslagen en overige prestaties

- Maximaal 10 procent van de totale casemix van een vrijgevestigde praktijk mag bestaan uit trajecten met uitsluitend diagnostiek.
- De vrijgevestigde praktijk kan de toeslag voor Spravato niet registreren en declareren.

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. We volgen de landelijke afspraken van onder meer de Landelijke Stuurgroep Wachttijden GGZ. Samen met andere veldpartijen vertalen we die afspraken en resultaten naar onze kernwerkregio's.

Plafondvrije afspraak

In 2025 maken wij met vrijgevestigde praktijken geen contractafspraken meer op basis van een maximaal aantal praktijkuren of een omzetmaximum. Zo willen we de toegankelijkheid tot de GGZ bevorderen. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van CZ groep en de zorgaanbieders die we nadrukkelijk aanspreken met deze manier van inkopen. Gedurende het jaar monitoren wij of we hiermee daadwerkelijk een grotere toegankelijkheid creëren. Wij verwachten dan ook dat in 2025 minimaal een gelijk aandeel nieuwe cliënten instroomt ten opzichte van voorgaande jaren. Indien wij een tegengesteld beeld zien – minder cliënten voor gelijke kosten – passen wij onze inkooprichtlijnen voor het volgende jaar weer aan.

Mentale gezondheidsnetwerken

CZ groep zet zich in op een betere samenwerking tussen de GGZ, 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 te implementeren. Daarmee kunnen we de toegankelijkheid van de GGZ duurzaam borgen. CZ groep verwacht van de vrijgevestigde zorgaanbieders dat zij zich (ook) inzetten voor de mentale gezondheidsnetwerken in hun regio.

Wachtlijstgegevens

In het Integraal Zorgakkoord zijn afspraken gemaakt over het aanleveren van wachtlijsten^[7]. Wij verwachten dat vrijgevestigde praktijken de wachtlijstinformatie bij de Nederlandse Zorgautoriteit aanleveren zodra dat voor hen mogelijk is.

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](#).

1 *Integraal Zorgakkoord, pagina 76.*

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.

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 ^[1]. 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](#).

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

Aangezien we bij vrijgevestigde praktijken géén maximum aan zorg afspreken, is aanvullende zorginkoop niet van toepassing.

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. ^[2]

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 ^[3], 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. ^[4]

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

-
- 1 GGZ standaarden - Psychische stoornissen en ZB/LVB
 - 2 Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuoetafdruk en voorbeelden voor een goede zorgomgeving | RIVM
 - 3 Voor de Zvw-bekostigde zorgverlening betreffende de GDDZ3.0-partners de zorgbranches Actiz, de Nederlandse GGZ, KNMP, NFU en NVZ.
 - 4 Green Deal Samen werken aan duurzame zorg (Green Deal 3.0)
-

-
- 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.

1 *RVO inzake rapportage werkgebonden personenmobiliteit; MPZ inzake wetgeving werkgebonden personenmobiliteit*

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

3 *Binnen de kaders van hetgeen medisch verantwoord mogelijk is.*

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. Deze uitdagingen vragen een regionale samenwerking, zodat de benodigde transformaties optimaal in gang gezet kunnen worden. 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 zorgaanbieders 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

Vrijgevestigde praktijken

CZ groep contracteert vrijgevestigde praktijken op ondernemingsniveau. Vooraf vindt een uitvraag plaats via de uitvraagmodule van VECOZO. Tot de overeenkomst behoren alle door ons erkende regiebehandelaren in de betreffende vrijgevestigde praktijk die geregistreerd zijn in Vektis. Na het positief afronden van de uitvraag, ontvangt de vrijgevestigde praktijk uiterlijk op 30 september 2024 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	17 juni 2024
Sluiting uitvraagmodule via VECOZO	1 augustus 2024
Aanbieden van de overeenkomsten via de VECOZO contracteermodule. Na ontvangst van het aanbod kan de zorgaanbieder daarop reageren.	Uiterlijk 30 september 2024
Uiterste tekentermijn van de overeenkomst 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

Nieuwe vrijgevestigde praktijken

Zorgaanbieders met een geldig kwaliteitsstatuut sectie II die in 2024 geen overeenkomst hebben gesloten voor het leveren van GGZ ^[1], kunnen zich melden als belangstellende voor een overeenkomst als vrijgevestigde praktijk in 2025. Zij moeten aantoonbaar voldoen aan de minimale eisen en (indien van toepassing) de toegangseis die CZ groep aan nieuwe vrijgevestigde praktijken stelt (zie bijlage 1). Gedurende de looptijd van de overeenkomst blijven zij hieraan voldoen.

Activiteiten	Planning
Openstellen uitvraagmodule via VECOZO	17 juni 2024
Sluitdatum melden als belangstellende voor een overeenkomst 2025 (via rz.ggz@cz.nl)	Uiterlijk 15 juli 2024
Sluiting uitvraagmodule via VECOZO	1 augustus 2024
Aanbieden van de overeenkomsten. Na ontvangst van het aanbod kan de zorgaanbieder daarop reageren.	Uiterlijk 30 september 2024
Uiterste tekentermijn van de overeenkomst. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af.	Uiterlijk 1 november 2024
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2024

We bieden vrijgevestigde praktijken ook de mogelijkheid om gedurende het jaar een overeenkomst met ons aan te gaan. Als zij zich tussen 16 juli 2024 en 1 maart 2025 melden, kunnen zij in aanmerking komen voor een overeenkomst met ingang van 1 april 2025. Vrijgevestigde praktijken die zich melden tussen 1 maart 2025 en 1 juni 2025, kunnen een aanvraag indienen voor een overeenkomst per 1 juli 2025.

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

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 vrijgevestigde zorgaanbieders kunt u mailen naar inkoop.ggz.vv@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.

Bijlagen

Bijlage 1. Minimale eisen voor vrijgevestigde praktijken

Vrijgevestigde praktijken met GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch (neuro)psychologen en psychiaters die als regiebehandelaar zorg mogen leveren voor onze verzekerden, moeten aantoonbaar voldoen aan onderstaande minimale eisen om voor 2025 in aanmerking te komen voor een overeenkomst. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst voldoen zij hieraan. CZ groep kan dit vooraf en achteraf toetsen.

Landelijk

- De vrijgevestigde praktijk heeft bij aanvang van de contractering voor 2025 een praktijk-AGB-code, geldend voor het Landelijk Kwaliteitsstatuut sectie II.
- Alle behandelaren in de vrijgevestigde praktijk beschikken, conform de eisen van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, over een eigen kwaliteitsstatuut GGZ, dat is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland, sectie II Vrijgevestigden, en handelen daarnaar. Dit statuut is gedurende de hele looptijd van de overeenkomst geldig.
- De vrijgevestigde praktijk voldoet, indien van toepassing, aan de relevante verplichtingen rondom de registratie van de UBO, waarbij de eventuele UBO niet onder een wettelijke sanctieregeling valt.
- De vrijgevestigde praktijk voldoet aan de relevante bepalingen in de Wet toetreding zorgaanbieders.
- De vrijgevestigde praktijk zorgt in Vektis voor een actuele weergave van alle relevante informatie.
- De vrijgevestigde praktijk beschikt over een geldig certificaat bij VECOZO.
- De vrijgevestigde praktijk is bereid om informatie aan te leveren bij de Nederlandse Zorgautoriteit voor het monitoren van de wachttijden.
- De vrijgevestigde praktijk maakt bij zijn declaratieadministratie gebruik van de meest recente versie van het rapport Externe integratie dat voor de zorgsector van toepassing is.
- De vrijgevestigde praktijk stelt zijn prestatie-indicatoren ter beschikking aan het Kwaliteitsinstituut van het Zorginstituut Nederland, voor zover dat verplicht is op basis van wet- en regelgeving.

CZ groep

- Alle behandelaren in de vrijgevestigde praktijk leveren 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 vrijgevestigde praktijk heeft als kernactiviteit het verlenen van GGZ, zoals opgenomen in de Zorgverzekeringswet.
- De vrijgevestigde praktijk zet alléén de volgende regiebehandelaren in: GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch (neuro)psychologen en psychiaters.
- De vrijgevestigde praktijk conformeert zich aan de veldafspraken binnen het zorgprestatie-model.
- De vrijgevestigde praktijk garandeert dat hij een (beroeps) aansprakelijkheidsverzekering heeft afgesloten die voor zijn beroepsgroep gebruikelijk en adequaat is, ook voor de (rechts)personen die niet onder de dekking van de genoemde verzekering vallen.
- De vrijgevestigde praktijk 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 vrijgevestigde praktijk verleent zijn medewerking aan de controles die CZ groep uitvoert. Wij nemen daarbij 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, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland (zie ook: www.cz.nl/ggz).
- De vrijgevestigde praktijk zorgt voor continuïteit in de zorgverlening en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen aan CZ groep.
- De vrijgevestigde praktijk levert geen behandelingen met Spravato.
- De vrijgevestigde praktijk zorgt dat vóór elke behandeling een (geobjectiveerde) geldige verwijzing in het patiëntendossier zit.
- De vrijgevestigde praktijk mag geen prestaties bij CZ groep declareren via een andere overeenkomst of op restitutiebasis.
- Andere zorgaanbieders in de GGZ mogen geen behandelingen leveren op de behandellocatie(s) van de vrijgevestigde praktijk. De vrijgevestigde praktijk is voor onze verzekerden als zodanig herkenbaar op de praktijklocatie.

- De vrijgevestigde praktijk heeft een website met transparante informatie over de behandelingen, de wachttijden, de vergoedingen en de bereikbaarheid.
- Alle behandelaren in de vrijgevestigde praktijk voeren effectmetingen (zoals ROM) uit bij de cliënten in het kader van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.
- Als een vrijgevestigde psychiater werkzaam is in de praktijk, is deze bereid om het gesprek aan te gaan over eventuele deelname aan de crisisdienst, wanneer hij daartoe een verzoek krijgt van de regievoerder van de regionale crisisdienst.

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 vrijgevestigde praktijken

De procedure voor nieuwe vrijgevestigde praktijken geldt voor praktijken met enkel de volgende regiebehandelaren die voor onze verzekerden zorg leveren: GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch (neuro)psychologen en psychiaters die in 2024 geen overeenkomst hebben voor het leveren van GGZ^[1]. De vrijgevestigde praktijk moet aantonen dat hij voldoet aan de minimale eisen en (indien van toepassing) de toegangseis en dat er op hem geen uitsluiting van toepassing is zoals genoemd in deze bijlage onder 'Uitsluitingen'. CZ groep kan dit vooraf en achteraf toetsen.

Toegangseis

Vrijgevestigde praktijken die in 2024 geen overeenkomst hebben met CZ groep als vrijgevestigde praktijk en in aanmerking willen komen voor een overeenkomst in 2025 als vrijgevestigde praktijk, moeten in het bezit zijn van een geldige kwaliteitsvisitatie en/of het Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ (geldig in 2025). Als aan deze eis niet kan worden voldaan, is de minimale omzeteis van toepassing.

Indien in de praktijk enkel psychiaters werkzaam zijn, dient minimaal 1 psychiater in de praktijk deel te nemen aan de regionale crisisdienst (GMAP), om als praktijk in aanmerking te komen voor een overeenkomst als vrijgevestigde praktijk. Als aan deze eis (deelname regionale crisisdienst) niet kan worden voldaan, is de minimale omzeteis van toepassing.

- Minimale omzeteis
Vrijgevestigde praktijken die niet kunnen voldoen aan de (op hen van toepassing zijnde) eerder genoemde toegangseis, worden getoetst aan de minimale omzeteis. Dit houdt in dat de vrijgevestigde praktijk een minimale omzet had van €10.000,- in 2023 of de laatste 12 maanden voor onze verzekerden. We stellen de omzet vast op basis van de gehonoreerde declaraties op de AGB-code van de praktijk, die uiterlijk op 31 mei 2024 bij CZ groep zijn ingediend.

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