

GGZ - Instellingen 2026

Zorginkoopbeleid CZ

Inhoudsopgave

GGZ Instellingen	2
Vorbehoud	2
1 Visie van CZ groep op de GGZ	3
1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave	3
1.2 Visie op de sector	3
2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	5
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026	5
2.2 Inhoudelijk beleid	6
2.3 Transformatie en samenwerking	13
2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	17
3 Proces contractering 2026	18
3.1 Tjdpad	18
3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	19
3.3 Bereikbaarheid	20
Bijlagen	21
Bijlage 1. Minimale eisen voor instellingen	21
Bijlage 2. Proces en voorwaarden voor aanvullende zorginkoop 2026	23
Bijlage 3. Toetsingskader esketamine neusspray (Spravato)	24

GGZ Instellingen

Zorginkoopbeleid

Laatste update: 16-4-2025

Versie	Datum publicatie	Toevoeging/Wijziging	Hoofdstuk	Reden
1.0	31-03-2025			
1.1	16-04-2025	Aanpassing datum sluitdatum inschrijving	3.1 Tijdpad nieuwe instellingen	Typfout, betreft 1 juli ipv 1 juni

Voorwoord

CZ groep heeft als zorgverzekeraar een zorgplicht: het is onze verantwoordelijkheid dat al onze verzekerden de zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben, op een manier die zo goed mogelijk bij hen past. Dat is een uitdagende taak, waarbij we rekening houden met de wensen van individuele verzekerden én met het beschikbaar houden van de zorg voor iedereen.

De beschikbare capaciteit en de stijgende zorgvraag sluiten al jaren niet goed op elkaar aan. Daardoor wordt het steeds moeilijker om de toegang tot zorg voor iedereen te garanderen. Het is de verantwoordelijkheid van alle partijen binnen de zorg om dit complexe probleem op te lossen. CZ groep zoekt actief de samenwerking op met zijn partners, want alleen samen kunnen we ervoor zorgen dat mensen ook in de toekomst de zorg ontvangen die zij nodig hebben.

Hiervoor is een transformatie van de zorg noodzakelijk, binnen de GGZ en daarbuiten. Door goede lokale en regionale samenwerkingsafspraken met andere zorgaanbieders te maken, kunnen we de in- en uitstroom verder optimaliseren. CZ groep werkt de komende jaren langs drie lijnen om dat voor elkaar te krijgen:

- Passende zorg: we stimuleren zorgaanbieders om de juiste zorg op de juiste plek te bieden, met een optimale balans tussen kosten, volume en kwaliteit. Deze zorg sluit aan op wat een cliënt écht nodig heeft.
- Digitale (zelf)zorg: we stimuleren meer aanbod van digitale interventies en een landelijk digitaal netwerk.
- Herinrichten waar en wanneer: we stimuleren de 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 via 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 te implementeren. Daarmee kunnen we de toegankelijkheid van de GGZ duurzaam borgen.

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn door OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep) met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- of regelgeving, gerechtelijke uitspraken en overige onvoorziene omstandigheden kunnen tot gevolg hebben dat het zorginkoopbeleid 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 zorginkoopbeleid 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 GGZ blijven te lang. De zorgvraag en de krapte op de arbeidsmarkt nemen toe. Dit vraagt om een aanpak met meer samenwerking, zodat de huidige (behandel)capaciteit voor meer mensen beschikbaar blijft. Het is een maatschappelijke opgave om toegankelijke zorg te leveren op de juiste plek en tegen maatschappelijk acceptabele kosten. Daarom werken we de komende jaren langs drie lijnen:

1. Passende zorg

Passende zorg is zorg die werkt en die onnodig hoge zorgkosten beperkt, waarbij de cliënt en de 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 geboden. Dit betekent dat we onnodige instroom in de GGZ willen voorkomen en de door- en uitstroom willen optimaliseren. Daarnaast zoeken we een optimale balans tussen kosten, volume en de 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 behandelcapaciteit vergroten.

3. Herinrichten waar en wanneer

We willen de GGZ zó inrichten dat cliënten op de juiste locatie en op het juiste moment in het zorgproces zorg ontvangen. Professionals zijn vroeg betrokken, zodat we ernstige(re) klachten kunnen voorkomen. We willen de samenwerking versterken binnen stelsels (denk aan de huisarts en de GGZ, zoals bij de Mentale Gezondheidsnetwerken) en over de stelsels heen (denk aan het sociaal domein en de Wlz).

1.2 Visie op de sector

De toenemende vraag en een schaarste aan personeel zetten de ondersteuning en de 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 de zorg voor mensen met psychische klachten 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 beter te organiseren, moeten het sociaal domein, de huisartsenzorg en de GGZ beter met elkaar samenwerken. Zij hebben een gedeelde verantwoordelijkheid voor tijdige en passende ondersteuning en zorg, nog voordat iemand naar de GGZ wordt verwezen. Deze transformatie betekent specifiek voor de regionale GGZ-aanbieders 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, terwijl een hulpvraag die voortkomt uit problemen op andere levensgebieden (deels) ook buiten de GGZ kan worden opgepakt. Dit moet écht anders, want professionele ondersteuning of zorg is niet altijd het meest passende antwoord op een hulpvraag. Verkennende gesprekken, domeinoverstijgende casusoverleggen, een transfermechanisme en inzicht in de wachttijden 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 drie domeinen gaan we vooral in de regio (helpen) vormgeven. U leest meer over de transformatie en regionale samenwerking in paragraaf 2.3.

Het GGZ-landschap terug in balans brengen

CZ groep ziet dat de GGZ voor de meest kwetsbare mensen de afgelopen jaren in de verdrukking is gekomen en dat de zorg verder is verzuild. 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 behandelplan. 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. Die moet daarom vooraf redelijkerwijs weten welk resultaat hij kan verwachten en welke tijdsduur daaraan is gekoppeld. Een zorgvuldig opgesteld behandelplan, met een evaluatie van de concrete behandoelen en het verloop, is daarbij de basis. Daarom zien we ook dat zorgaanbieders die vooral dit type zorg aanbieden, (strikte) exclusiecriteria hanteren bij de toegang.

Het hanteren van zulke exclusiecriteria brengt het GGZ-landschap echter 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 echter steeds moeilijker om passende zorg te bieden aan deze complexe doelgroep, die een specifiek cruciaal aanbod nodig heeft. CZ groep richt zich daarom 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 een gebrek aan sociale voorzieningen is onvoldoende uitstroom mogelijk vanuit de GGZ naar de wijk. Hierdoor blijven cliënten soms onnodig opgenomen en ontstaat 'verstopping' binnen de GGZ, waardoor de wachtlijsten toenemen. Voor een goede uitstroom is ook de sociale basis van belang. Als deze onvoldoende is, is de kans op terugval groot. Voor een betere uitstroom van GGZ-clieuten 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 (zie paragraaf 2.3).

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

2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026

In 2026 streven wij naar een optimale toegankelijkheid van de GGZ en de inzet van de (beschikbare) capaciteit tegen maximaal gelijkblijvende kosten en met een gegarandeerde kwaliteit van de zorg. De activiteiten die vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) worden georganiseerd, dragen hieraan bij.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2026

- Maakt een zorgaanbieder deel uit van een Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN) en levert hij/zij één of meer prestaties voor het netwerk, dan maken we aanvullende contractuele afspraken (afhankelijk van de afspraken in de regio).
- De (mogelijke) effecten van het nieuwe kostprijsmodel 2026 waren nog niet bekend bij het opstellen van dit zorginkoopbeleid. Mogelijk publiceren we daarom aanvullend zorginkoopbeleid. Dit gebeurt binnen vier weken na de publicatie door de NZa.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- Levert de zorgaanbieder Spravato, dan geldt als aanvullende eis dat hij/zij een (visie op) stopbeleid hanteert.
- De instelling levert betrouwbare en actuele wachtlijst informatie aan als wij daarom vragen.
- Alleen instellingen die aantoonbaar deel uitmaken van een regionaal (GGZ-)netwerk, kunnen zich melden als belangstellende voor een overeenkomst met CZ groep in 2026 volgens de procedure nieuwe instellingen.

2.2 Inhoudelijk beleid

De toenemende vraag naar GGZ en de schaarse behandelcapaciteit vragen om afstemming. De hulpvrager moet daarom passende hulp of zorg ontvangen. De complexiteit van GGZ-problematiek is niet altijd alleen op te lossen in het behandelgebied. Daarom is het belangrijk dat meerdere professionals uit verschillende domeinen samen met de hulpvrager de problematiek beoordelen om te bepalen welke zorg het beste past. Om die zorg te kunnen bieden, is een Mentaal Gezondheidsnetwerk nodig dat verkennende gesprekken organiseert, zoals beschreven in het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

2.2.1 Kwaliteit van zorg

Esketaming neursspray (Spravato)

Voor behandelingen met Spravato contracteren we instellingen op basis van de criteria van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). In bijlage 3 vindt u het toetsingskader daarvoor. In aanvulling daarop vraagt CZ groep de zorgaanbieder om een visie op stopbeleid op te stellen. In het individueel behandelplan wordt een afbouwplan opgenomen dat vooraf met de cliënt is besproken. In 2026 contracteren we voor dit dure geneesmiddel in principe alléén de zorgaanbieders die hier ook in 2025 een overeenkomst voor hadden. Om de kwaliteit van de behandeling te borgen, hanteren we hierbij ook de volumennorm van minimaal tien cliënten per jaar. De afgelopen jaren hebben wij uitgebreid gecontracteerd om deze behandelingen binnen het bereik van onze verzekerden te krijgen. Naast spreiding is ook concentratie van deze zorg belangrijk om de kwaliteit te waarborgen. De volumennorm draagt hieraan bij. Stelt de NVvP andere of aanvullende kwaliteits- en/of doelmatigheidsnormen vast, dan hanteren wij die bij de contractering voor 2026.

Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS) en veldafspraken binnen het ZPM

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ versie 4.0 (LKS) is opgenomen in het Register van het Zorginstituut en is geldig vanaf 1 januari 2026. Het LKS is de professionele standaard in de GGZ en dient daarmee als basis voor declaratie. De veldafpraak komt te vervallen. Dat betekent dat elke zorgaanbieder vanaf 1 januari 2026 een goedgekeurd LKS 4.0 moet hebben om te kunnen declareren.

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 dit keurmerk in 2026 hebben.

Genderdysforie

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

2.2.2 Kosten van zorg

Omzetmaximum

In de volgende situaties kan CZ groep een afspraak maken met een 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 komt in aanmerking voor een overeenkomst in 2026 als nieuwe instelling.
- De zorgaanbieder heeft een afspraak over de inzet van de verblijfsdag met complexe somatische co-morbiditeit.
- Indien de zorgaanbieder participeert in een Mentaal Gezondheidsnetwerk om regionale afspraken te monitoren in relatie tot de bilaterale afspraken.

1 Het omzetmaximum is een totale afspraak. Eventueel incidenteel bijgecontracteerd volume wordt niet meegenomen.

Tarieven

Vanaf 2026 stelt de NZa tarieven vast aan de hand van een nieuw kostprijsonderzoek. Dit leidt mogelijk tot effecten die we bij het schrijven van dit document niet hebben voorzien. Daarom publiceren wij waar nodig aanvullend zorginkoopbeleid. Dit doen wij uiterlijk vier weken na de publicatie van het kostprijsonderzoek, inclusief de bijbehorende NZa tarieven 2026.

CZ groep koppelt de tariefpercentages over het algemeen aan de in- en exclusiecriteria^[1] per setting. Dit houdt het volgende in:

- We maken categorieën, in combinaties met settings, voor 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 hanteert een op- of afslag 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. Wil een zorgaanbieder minder exclusiecriteria gaan hanteren gedurende het jaar (en daarmee een complexere doelgroep gaan behandelen), dan kan hij/zij hierover contact opnemen met CZ groep. Wij stellen als voorwaarde dat er regionale inbedding plaatsvindt. De zorgaanbieder maakt dus afspraken met partners in de keten (zoals transfermechanismen, Mentale Gezondheidsnetwerken of een regionale taskforce wachttijden) en/of met de diensten die zijn betrokken bij de crisisketen (crisisdienst, IHT, HIC). Hiermee voorkomen we horizontale verwijzingen en terugverwijzingen naar de huisarts. Daarnaast zorgt de zorgaanbieder voor de juiste expertise om deze doelgroep te behandelen. Zonder overleg met CZ groep is een casemixwijziging niet toegestaan.

Overige parameters

De grootste opgave van de GGZ is het toegankelijk houden van de sector. [In paragraaf 2.2.3](#) gaan we hier verder op in. Daarnaast is het een opgave om deze zorg tegen maatschappelijk acceptabele kosten te leveren. Om hier goede afspraken over te maken, kijken we per (type) zorgaanbieder naar het profiel. Daarbij maken we onderscheid in de ontwikkelingen op kosten (zoals het directe uurtarief, de directe uren per cliënt en de gemiddelde kosten per verblijfsdag) en ontwikkelingen op het gebied van toegankelijkheid (zoals het aandeel (nieuwe) cliënten dat een aanbieder in zorg kan nemen, goede screening die tot minder instroom leidt, betrouwbare wachtlijst-informatie en transparantie daarover, en de mate van inclusie). Per zorgaanbieder maken we per onderdeel passende afspraken.

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 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 geoormerkt met het zorglabel 'Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg'.
- *Outreachend (setting 4)*
De zorg in de outreachende setting wordt vooral geleverd door FACT, IHT en/of VIP. Een zorgaanbieder moet aantoonbare regionale samenwerkingsafspraken hebben met het sociaal domein én de zorg richt zich op de EPA-doelgroep én deze zorg is geïntegreerd in de regionale crisis- en opnameketen (waarmee ernstige crises gemanaged worden). Deze setting is niet bedoeld voor zorgaanbieders die te maken hebben met reistijd; deze wordt gedeclareerd via de toeslag. Setting 4 mag alleen geleverd worden met expliciete toestemming van CZ groep. We vragen de criteria via VECOZO uit bij alle zorgaanbieder.

1 CZ groep gebruikt de zorgvraagtypering niet voor de contractering voor 2026. Wij vinden dat de uitvraag van de in- en exclusiecriteria voldoende handvatten biedt om de contractering vorm te geven rondom de ernst van de zorgvraag en de problematiek. Wij verwachten ook dat zorgaanbieders de in- en exclusiecriteria naar waarheid invullen. Mocht daar twijfel over bestaan, dan kan de zorgvraagtypering alsnog worden gebruikt om de in- en exclusiecriteria te verifiëren.

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

CZ groep contracteert in principe geen groei in klinische capaciteit ten opzichte van 2025. 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)*

Deze setting kan alleen worden geregistreerd en gedeclareerd als dit met CZ groep is overeengekomen. Of een zorgaanbieder deze setting mag opvoeren, beoordelen we onder meer op basis van de landelijke afspraken en de aanvullende eisen voor een bovenregionale functie en derdelijns verwijzingen. CZ groep verwacht dat de zorgtrajecten van deze setting kortdurend zijn en dat de overdracht en expertise naar het reguliere veld tijdig en goed zijn georganiseerd. We zien veel differentiatie binnen deze setting en stellen aanvullende vragen. Deze gaan over het aantal cliënten met een hoogspecialistische zorgvraag, de mate van bovenregionale zorg, het aantal derdelijns verwijzingen en de mate van kennisoverdracht naar reguliere zorg. We vragen de criteria via VECOZO uit bij alle zorgaanbieders.

- *Verblijfsdag met complexe somatische comorbiditeit (prestatie)*

CZ groep contracteert deze toeslag in principe alleen bij zorgaanbieders met een medisch psychiatrische unit (MPU). De toeslag geldt enkel voor cliënten met complexe somatische comorbiditeit. Dit zijn cliënten die gelijktijdig een somatische en een psychiatrische aandoening hebben die elkaar negatief beïnvloeden, waardoor geïntegreerde zorg nodig is ^[2]. De medisch specialist en de psychiater hebben beiden direct contact met de cliënt. Daarnaast moet de zorgaanbieder aantoonbare samenwerkingsafspraken hebben met verwijzers en nazorginstanties ^[3]. De verblijfsdag met complexe somatische comorbiditeit wordt enkel overeengekomen als er een omzetmaximum of deelkavel voor dit onderdeel is afgesproken en nadat het toetsingskader is ingevuld en akkoord is bevonden.

Aanvullend beleid voor consulten, verblijfsdagen, toeslagen en overige prestaties

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

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

2.2.3 Toegankelijkheid van zorg

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

Zorgplicht

1 *Het is niet nodig om deze checklist actief naar CZ groep te versturen.*

2 *Dit houdt onder andere in dat er naast een psychiatrische opname ook een eigenstandige opname-indicatie is vanuit het somatische specialisme. Zodra de eigenstandige psychische of somatische opname-indicatie vervalt, verloopt de declaratie via de reguliere prestaties (ZPM of DBC). Het somatisch specialisme heeft gedurende de opname een eigen behandelverantwoordelijkheid. Eenmalige consultatie valt daar niet onder.*

3 *Doel van deze afspraken is duidelijkheid over de somatische en psychiatrische behandel mogelijkheden van de zorgaanbieder en een soepele samenwerking. Deze schriftelijke samenwerkingsafspraken omvatten: opname- en ontslagcriteria, een aanmeldingsprocedure, een verdeling van de verantwoordelijkheid tussen de verwijzende instelling, de verwijzend medisch specialist en de psychiater, terugplaatsingsafspraken en -garantie rond het ontslag, structureel overleg en het opschalen naar een hoger inhoudelijk en bestuurlijk verantwoordelijk niveau bij conflicten of onduidelijkheden.*

Als zorgverzekeraar hebben wij een zorgplicht: wij moeten zorgen voor tijdige, kwalitatief goede en passende zorg voor onze verzekerden. Ook de zorgaanbieder heeft hierin een verantwoordelijkheid: als die voor een nieuwe cliënt geen zorg kan leveren binnen de Treeknorm, moet hij/zij een passende oplossing voor deze verzekerde zoeken. Als dat niet lukt, kan hij/zij contact opnemen met het CZ Zorgteam. Als de zorgaanbieder zich genooddaakt voelt om een cliëntenstop in te voeren voor nieuwe aanmeldingen, dan verwachten wij dat hij/zij dit plan vooraf communiceert met CZ Zorginkoop en dat de cliënten die zich hebben aangemeld worden doorverwezen naar het CZ Zorgteam. Zij kunnen hen helpen om een andere zorgaanbieder te vinden. De huidige arbeidsmarktproblematiek vraagt om meer afstemming met de zorgaanbieders over de Treeknormen waarbinnen cliënten geplaatst of doorbemiddeld worden. Bij afwijkingen of oplopende wachttijden boven de Treeknorm verwachten wij dat zorgaanbieders dit zo snel mogelijk bij CZ groep melden.

Betrouwbare wachtlijstinformatie delen

Uit onderzoek^[7] blijkt dat de wachtlijsten in de GGZ niet goed zijn vastgelegd. Zorgaanbieders maken fouten bij het aanleveren van deze informatie aan de NZa, waardoor die gegevens niet betrouwbaar zijn. Om onze zorgplicht goed in te vullen, hebben wij betrouwbare wachtlijstinformatie nodig. Daarom vragen wij deze informatie mogelijk op bij zorgaanbieders. Daarbij houden we de administratieve lasten zo laag mogelijk.

Delen van de 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). De uitkomsten hiervan delen wij met verwijzers, regionale transfermechanisme(n) en het CZ Zorgteam om de toegankelijkheid van de zorg te optimaliseren en onnodige horizontale verwijzingen (en daarmee onnodig wachten) te voorkomen.

Consultatiefunctie voor het sociaal domein

Voor de inkoop van de prestatie ‘consultatiefunctie voor het sociaal domein’ verwijzen wij u naar onze website voor meer informatie. Afspraken rond deze inkoop worden in afstemming met andere verzekeraars en zorgaanbieders gemaakt op basis van de kennis en ervaringen van de afgelopen jaren.

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie ondersteunt patiënten en zorgaanbieders om passende zorg te vinden bij een acute zorgvraag. Dit kan bijvoorbeeld gaan om 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 bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in Nederland door zaken regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren. Voor patiënten blijft de toegang tot acute zorg overzichtelijk, want zorgcoördinatie komt samen in één (virtueel) loket.

In het IZA hebben alle partijen afgesproken dat zij streven naar een landelijk dekkende inkoop van zorgcoördinatie vanaf 1 januari 2025. Zij werken hiervoor samen aan een implementatieplan. We verwachten dat u hier als zorgaanbieder aan meewerkt. Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) voert de regionale uitwerking van de zorgcoördinatie uit. De zorgverzekeraars volgen de ontwikkelingen en publiceren waar nodig aanvullend beleid.

Verwijsdatum op de nota in 2026

Om verzekerden (zo veel mogelijk) binnen de Treeknormen toegang te geven tot zorg, hebben zorgverzekeraars beter inzicht nodig in de wachttijdinformatie van zorgaanbieders. Met de huidige sturingsinformatie lukt dat onvoldoende. Daarom zijn we met het veld op zoek naar gepaste oplossingen. In 2024 is de NZa gestart met een pilot om wachttijdinformatie af te leiden uit de declaratiedata, waarbij zij gebruikmaakt van het informatie-element ‘verwijsdatum’. Deze pilot wordt in 2025 voortgezet. Vooralsnog is het onduidelijk of de NZa de ‘verwijsdatum’ per 1-1-2026 of 1-1-2027 verplicht stelt in het declaratieverkeer.

Op dit moment leveren al veel zorgaanbieders de verwijsdatum aan. Vooruitlopend op een mogelijke verplichting vragen wij alle GGZ-aanbieders om de verwijsdatum mee te geven in het declaratieverkeer.

Prikkels om de toegankelijkheid te vergroten

Om de wachtlijsten te verminderen, moeten extra mensen worden behandeld met de huidige capaciteit, in ieder geval binnen de monodisciplinaire zorg. Hiervoor moet zo'n 6% van de behandelcapaciteit worden vrijgespeeld, of moeten 6% meer cliënten worden behandeld binnen dit type zorg. CZ groep hanteert daarom prikkels die de doorstroom stimuleren, zoals het aandeel (nieuwe) cliënten dat een aanbieder in zorg kan nemen, goede screening die tot minder instroom leidt, wachtlijstinformatie- en transparantie, en de hoeveelheid inclusiecriteria.

Levensbeschouwelijke overtuiging

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

Digitale zorg

We hebben onze visie en ambities op het gebied van digitale zorg verder uitgewerkt op <https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorginkoopbeleid/digitale-zorg>. Daarnaast vindt u in de Gezamenlijke ambities Zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling de afspraken die we op ZN-niveau hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen.

Aanvullende zorginkoop

Aanvullende zorginkoop moet bijdragen aan het terugdringen van de wachtlijsten boven de Treeknorm. Een zorgaanbieder kan alleen een verzoek voor aanvullende zorginkoop indienen als die al is gecontracteerd en als die meer verzekerden in behandeling kan nemen. Een zorgaanbieder met een omzetmaximum kan zich melden voor aanvullende zorginkoop als 70% van het afgesproken omzetmaximum is bereikt. Bij de beoordeling van de aanvraag bekijken we de parameters die in de overeenkomst zijn overeengekomen en of de wachtlijsten voor de doelgroep boven de Treeknorm liggen. Wij verwachten dat de knelpunten qua wachtlijsten besproken zijn met de regionale taskforce of het regionale transfermechanisme, voordat de aanvraag tot aanvullende zorginkoop wordt ingediend. Deze procedure geldt niet voor ongecontracteerde instellingen die zich na de sluiting van de procedure 'Nieuwe instellingen 2026' melden voor een overeenkomst voor 2026. De volledige procedure voor aanvullende zorginkoop vindt u in bijlage 2.

2.2.4 Duurzaamheid

Als zorgverzekeraars willen we – naast verduurzaming van onze eigen organisatie – ons inzetten om de verduurzaming van het gehele zorglandschap te versnellen (Zvw- en Wlz-breed). De Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ3.0)^[1], die ondertekend is door Zorgverzekeraars Nederland, de verschillende zorgbranches, individuele zorgverzekeraars en veel zorgaanbieders, vormt hiervoor de basis. Veel zorgaanbieders/leveranciers hebben inmiddels grote of kleinere stappen gezet om hun zorg te verduurzamen. Via ons zorginkoopbeleid willen we zorgaanbieders aansporen om verder te werken aan de doelen en afspraken uit de GDDZ3.0. Als zorgverzekeraars zorgen we voor gelijkgericht beleid en sluiten zoveel mogelijk aan op de focuspunten die de zorgbranches het belangrijkst vinden.

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

Alle zorgverzekeringsbedrijven moeten -conform de Europese wet CSRD- rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Dit omvat de impact van de eigen bedrijfsvoering, én de impact van de gehele keten van zorgaanbieders en (toe)leveranciers. De komende jaren werken de zorgverzekeringsbedrijven uit hoe ze compliant kunnen rapporteren. Een van de belangrijke uitgangspunten is het minimaliseren of voorkomen van administratieve lasten. Bijvoorbeeld door zoveel als mogelijk reeds beschikbare informatie te gebruiken. We kunnen

1 Green Deal Samen werken aan duurzame zorg (Green Deal 3.0).

echter nog niet uitsluiten dat we geen informatie bij zorgaanbieders hoeven uit te vragen. Als dit het geval is verwachten wij van zorgaanbieders dat zij informatie aanleveren als wij die uit hoofde van de CSRD-verplichtingen nodig hebben. Vóór 1 oktober 2025 geven we definitieve duidelijkheid over eventuele benodigde metingen gedurende 2026 voor onze CSRD-rapportages 2026. Meer informatie hierover kunt u vinden via [ZN-website](#), dossier Duurzaamheid, onderwerp CSRD.

De zorgverzekeraars willen bijdragen aan het verlagen van de klimaat- en milieu impact van de zorg. Dit doen we door, naast verduurzaming van de eigen bedrijfsvoering, zorgaanbieders te stimuleren om (verder) te verduurzamen door in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken. We verwachten van zorgaanbieders dat zij:

- zich inspannen om bij te dragen aan het realiseren van de doelen van de Green Deal Duurzame zorg 3.0;
- duurzaamheid verankeren in hun strategie; van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in hun jaarverslag of duurzaamheidsverslag rapporteren over hun duurzaamheidsprestaties voor zover beschikbaar bij de zorgaanbieder;
- aantoonbaar voortgang boeken op de uitvoering van het mobiliteitsplan^[1] gericht op terugdringen CO₂-emissie tgv vervoerbewegingen van medewerkers via de beschikbare rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit^[2] (alleen van toepassing bij zorgaanbieders met meer dan 100 fte).

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector. Zie [tabel groene initiatieven](#) voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars daartoe hebben verzameld of de websites van de GDDZ3.0 en Groene Zorgalliantie (GZA).

Specifiek voor de GGZ

We verwachten van GGZ-aanbieders dat ze zich inspannen om bij te dragen aan de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van de Nederlandse ggz. Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleiderzorgverzekeraar, gaan met de zorgaanbieders^[3] in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij willen we ons graag focussen op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit het uitvoeringsplan van de Nederlandse ggz, na afstemming met de Nederlandse ggz.

- De zorgaanbieder heeft de CO₂-portefeuille routekaart gereed en ingediend bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg. De voortgang in het verlagen van de CO₂-uitstoot verloopt conform de CO₂-routekaart van de instelling, afgeleid van de sectorbrede doelstelling van een verlaging van de CO₂-uitstoot met 30% in 2026 t.o.v. 2018;^[4]
- De afvalstromen zijn in kaart gebracht en in 2026 wordt er gestreefd naar het verminderen van het ongesorteerd restafval met minimaal 25% (toewerkend naar maximaal 25% ongesorteerd restafval in 2030);^[4]
- Aantoonbaar uitvoering geven aan plannen om medicijnverspilling met 20% te verminderen in 2026 t.o.v. 2023;^[5]
- Het aantoonbaar terugdringen van voedselverspilling gericht op het streven van maximaal 20% verspilling in 2026;^[5]
- Transitie naar meer plantaardige eiwitten in de voeding voor patiënten/cliënten/medewerkers gericht op verhouding 50/50 dierlijk/plantaardig in 2026 waar het medisch verantwoord mogelijk is.^[5]
- Implementatie van ten minste 1 nieuw groen initiatief in 2026 uit de lijst die zorgverzekeraars gepubliceerd hebben^[6] of een initiatief uit een andere bron met bewezen positief effect op klimaat en/of milieu.

Milieuthermometer Zorg

1 Mobiliteitsplan, zoals opgenomen in de GDDZ 3.0 artikel 4.2.e

2 Rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit | [RVO.nl](#)

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

4 Conform afspraken in de GDDZ 3.0.

5 Conform het uitvoeringsplan van de GDDZ 3.0 van de Nederlandse ggz.

6 Zie voor de Groene Initiatieven [tabel groene initiatieven \(zn.nl\)](#)

Steeds meer GGZ- en MSZ-instellingen gebruiken de Milieuthermometer Zorg om hun zorg en organisatie aantoonbaar te verduurzamen. Zorgverzekeraars zijn voorstander van deze certificering en overwegen om vanaf het zorginkoopbeleid 2027 de Milieuthermometer Zorg, ISO 14001 of vergelijkbaar zorgspecifiek instrument te stimuleren. De Milieuthermometer sluit goed aan op de doelstellingen van de GDDZ waar we met de zorgsectoren aan werken en kan worden ingezet voor de CSRD rapportage. Zorgverzekeraars informeren zorgaanbieders vóór 1 oktober 2025 of en hoe de certificering voor duurzaamheid deel gaat uitmaken van het zorginkoopbeleid 2027.

Ondersteuning bij de verduurzaming van de organisatie is onder meer te vinden in de 'Toolkit: Samen werken aan duurzame zorg' 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. Een gedeelte van die benodigde transformaties vindt plaats in instellingen en die kunnen we onder andere met inkoopafspraken faciliteren. Toch kunnen we lang niet alle problemen op dat niveau aanpakken. De problematiek in de toegankelijkheid van zorg kan alleen impactvol aangepakt worden als we dat met meerdere partijen gezamenlijk doen. 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.

Daarom zetten wij in op regionale samenwerking en thematische coalities met veldpartijen. Dit is niet nieuw, we zijn al meer dan 10 jaar geleden begonnen met intensieve regionale samenwerking in Limburg en Zeeland. Ook hebben we inmiddels 5 jaar ervaring met het vormen van Duurzame Coalities met zorginstellingen.

Gebaseerd op de regiobeelden en regioplannen blijven we samenwerken in de huidige regionale samenwerkingsverbanden en vormen we waar nodig grotere coalities met zorgpartijen, gemeenten en andere relevante partners. Naast de prioritaire regionale opgaven, focussen we ons daarnaast op passende zorg, digitale (zelf)zorg en herinrichting waar en wanneer zorg geleverd wordt.

Samenwerking in regio's en coalities gaat niet vanzelf, 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?). Ons Duurzaam Transformatiemodel en de coalitie aanpak zijn voor ons de instrumenten om een optimale samenwerking te stimuleren en faciliteren.

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 groep 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 binnen de GGZ

Mentale Gezondheidsnetwerken / verkennende gesprekken

CZ groep ziet de Mentale Gezondheidsnetwerken en de bijbehorende verkennende gesprekken als een belangrijke beweging om te komen tot een gedeelde verantwoordelijkheid tussen huisartsen, sociaal domein en de GGZ. Alleen via deze domeinoverstijgende samenwerking kunnen we de toegankelijkheid van de GGZ nu en in de toekomst waarborgen. Wij stimuleren aanbieders om zich (pro)actief bij deze regionale beweging aan te sluiten. De MGN's betekenen mogelijk ook iets voor de contractering door zorgverzekeraars. Ook binnen CZ groep werken we met regionale transformatieteams, waarin meerdere inkoopsectoren zijn vertegenwoordigd, zoals de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg, de paramedische zorg, de GGZ en de inkoopvertegenwoordiging vanuit het Wlz-zorgkantoor.

In het IZA is afgesproken om Mentale Gezondheidsnetwerken en verkennende gesprekken te contracteren. CZ groep geeft deze afspraken in 2026 (verder) vorm, mogelijk met meerjarige (netwerk)contracten. De meest recente informatie over de Mentale Gezondheidsnetwerken en de bijbehorende contractering is te vinden op: [Mentale Gezondheidsnetwerken \(MGN\) - CZ](#).

Mentale Gezondheidsnetwerken

Het idee

WAAROM

De **toenemende vraag** en **personeelstekort** zetten ondersteuning en zorg onder druk. Instroom, doorstroom en uitstroom verlopen moeizaam, wat leidt tot lange wachttijden en extra belasting voor huisartsen. Betere samenwerking moet de toegankelijkheid verbeteren.

WAT

Een netwerk moet functies borgen met een **gelijk speelveld** voor huisartsen, sociaal domein, GGZ en financiers. Expertise uit GGZ en sociaal domein moet **vóór verwijzing** worden ingezet om het na verwijzing beter te organiseren.



HOE

Het mentale gezondheidsnetwerk is een samenwerkingsverband tussen huisartsen, het sociaal domein en de GGZ. Elk mentale gezondheidsnetwerk heeft vier functies:

- 1 het biedt verkennende gesprekken,
- 2 onderhoudt een 'transfermechanisme',
- 3 zorgt voor informatie over wachttijden en aanbod in sociaal domein en ggz
- 4 organiseert domeinoverstijgend casusoverleg.

2.3.4 Transformatie en gelijkgerichtheid in de contractering

Gelijkgerichtheid

Op het moment dat we afspraken maken over gelijkgerichtheid, vragen wij u om deze informatie tijdig met ons te delen en aan te geven wat u hierin van ons verwacht. In de regio's waarin wij de coördinerende zorgverzekeraar zijn voor de transformatieplannen, nemen wij bij zulke plannen een voortrekkersrol op ons, in afstemming met de regionale stakeholders.

Cruciale zorg

In het IZA hebben we afgesproken om gezamenlijk zicht te krijgen op de benodigde capaciteit, de voorzieningen en de infrastructuur van het (boven)regionale cruciale zorgaanbod, dat past bij de zorgvraag van de patiënt ^[1]. Wat cruciale GGZ is, staat overigens niet vast; daarin speelt de context van de regio een rol. De komende jaren moet inzichtelijk worden welke cruciale zorg regionaal, bovenregionaal of landelijk georganiseerd moet worden. Daarom zijn regionale tafels van start gegaan, waarvoor de grootste GGZ-aanbieders en de grootste zorgverzekeraar in de regio het initiatief nemen en andere partijen uitnodigen. Inmiddels is de *handreiking cruciale GGZ* opgeleverd, die kan helpen om de dialoog op gang te brengen. Wij vragen u om deel te nemen aan deze regionale tafels en om waar nodig capaciteit te leveren om de cruciale zorg te blijven borgen.

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) en onze Ledenraad. Op basis van die input vormen en toetsen wij het 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 kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid van zorg, leest u in het [transparantiedocument](#).

3 Proces contractering 2026

3.1 Tijdpad

Kostprijsonderzoek NZa

Vanaf 2026 stelt de NZa tarieven vast aan de hand van een nieuw kostprijsonderzoek. Dit leidt mogelijk tot effecten die we bij het schrijven van dit document niet hebben voorzien. Mogelijk wijzigt hierdoor ook onderstaande tijdpaden per contractering. Daarom publiceren wij waar nodig aanvullend zorginkoopbeleid. Dit doen wij uiterlijk vier weken na de publicatie van het kostprijsonderzoek, inclusief de bijbehorende NZa tarieven 2026.

Instellingen via digitale contractering

Instellingen die voor 2025 een digitaal aanbod hebben gekregen via de VECOZO-contracteermodule, ontvangen ook voor 2026 een digitaal aanbod. Als wij de door hen ingevulde vragenlijst positief hebben beoordeeld, krijgen zij een aanbod voor een overeenkomst 2026 via de contracteermodule van VECOZO.

Activiteiten	Planning
Vorbereiden, formuleren en publiceren van het zorginkoopbeleid 2026	Uiterlijk 1 april 2025
Openstellen uitvraagmodule VECOZO ^[*]	28 mei 2025
Sluiting uitvraagmodule VECOZO	3 augustus 2025
Aanbieden van de overeenkomsten. Na ontvangst van het aanbod kunt u daarop reageren.	Uiterlijk 30 september 2025
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/ contractbesprekingen af	Uiterlijk 10 november 2025
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2025
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.
Contractering Mentale Gezondheidsnetwerken	Dit is een apart traject, afhankelijk van de regio. Voor meer informatie voor CZ regio's zie onze website.

* 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 2025 via een offerteformat een afspraak hebben gemaakt, ontvangen ook voor de contractering 2026 dit offerteformat en toegang tot de VECOZO-onderhandelmodule.

Activiteiten	Planning
Vorbereiden, formuleren en publiceren van het zorginkoopbeleid 2026	Uiterlijk 1 april 2025
Openstellen uitvraagmodule VECOZO ^[*]	28 mei 2025
Sluitdatum uitvraagmodule VECOZO	3 augustus 2025
U biedt de eerste offerte aan, inclusief inhoudelijke toelichting	Uiterlijk 1 september 2025 ^[**]
Indienen van de eventuele aanvulling op de offerte, afhankelijk van de informatie die vrijkomt in september	Uiterlijk 1 oktober 2025
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af	Uiterlijk 10 november 2025
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2025

* T.b.v. in- en exclusiecriteria en kenmerken van de organisatie van zorg(verlening).

** O.b.v. richtsnoer 4: De zorgaanbieder dient uiterlijk 1 september die onderdelen van de offerte in die niet onlosmakelijk verbonden zijn met de informatie die vrijkomt in september

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 2025 ^[1]. Instellingen die voor 2026 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
Vorbereiden, formuleren en publiceren van het zorginkoopbeleid 2026	Uiterlijk 1 april 2025
Melden als belangstellende voor een overeenkomst 2026 via rz.ggz@cz.nl	Uiterlijk 1 juli 2025
Openstellen uitvraagmodule VECOZO	28 mei 2025
Sluiting uitvraagmodule VECOZO	3 augustus 2025
Aanbieden van de overeenkomsten. Na ontvangst van het aanbod kunt u daarop reageren.	Uiterlijk 30 september 2025
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af	Uiterlijk 10 november 2025
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2025

3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2025 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2026. Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

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

¹ Deze procedure geldt ook voor zorgaanbieders die volgens het LKS in 2026 tot een andere sectie dan de overeenkomst 2025 behoren.

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

3.3 Bereikbaarheid

- Aanmeldingen als belangstellende voor een overeenkomst voor 2026 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 tien werkdagen te beantwoorden.

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 2026. 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 geldende veldafspraken binnen het Zorgprestatiemodel.
- De instelling garandeert dat zij een voor haar beroepsgroep gebruikelijke en adequate (beroeps)aansprakelijkheidsverzekering heeft afgesloten, ook voor de (rechts)personen die zij inschakelt en die niet onder de dekking van de genoemde verzekering vallen.
- De instelling is bereid informatie aan te leveren voor het vullen en actueel houden van Zorgvinder (de internetapplicatie van CZ groep om zijn verzekerden te begeleiden).
- De instelling verleent haar medewerking aan de controles die CZ groep uitvoert. We nemen bij deze controles de voorschriften in acht die de persoonlijke levenssfeer van de verzekerden beschermen. Ook nemen wij de (nadere) regels in acht die worden gesteld in artikel 87 van de Zorgverzekeringswet en hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering (zie ook www.cz.nl/ggz).
- De instelling zorgt voor continuïteit in de zorgverlening. Daaronder verstaan wij ook een gelijkmatige spreiding van het eventueel overeengekomen jaarvolume (of totaalvolume) over het kalenderjaar.
- De instelling declareert 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 levert betrouwbare en actuele wachtlijstinformatie aan als wij daarom vragen.
- De instelling die gebruik wil maken van een aanvullende zorginkoopafpraak, is bekend met de voorwaarden uit dit zorginkoopbeleid en conformeert zich hieraan.

- De instelling geeft toestemming aan CZ groep om de ingevulde in- en exclusiecriteria te delen met verwijzers, regionale transfermechanisme(n) en het CZ Zorgteam.

Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2026 met CZ groep komt de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
- 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 2025 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

Instellingen die aantoonbaar deel uitmaken van het regionale (GGZ-)netwerk, kunnen zich melden als belangstellende voor een overeenkomst met CZ groep in 2026. Met een regionaal netwerk bedoelen we onder andere een Mentaal Gezondheidsnetwerk, een transfermechanisme of duidelijke samenwerkingsafspraken met de penvoerder van de GMAP in de regio. We beoordelen of er sprake is van samenwerking met meerdere partijen in de regio, om ervoor te zorgen dat een cliënt snel toegang ontvangt tot passende hulp of zorg.

Aanvullende eisen voor nieuwe instellingen

Naast de minimale eisen in deze bijlage en de toegangseisen gelden voor 2026 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 voor digitale zorg.
- De instelling is gedurende (minimaal) vijf 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 een bijdrage aan de diensten van de crisisketen (crisisdienst, IHT, HIC) in de regio als daarom gevraagd wordt.

¹ Deze procedure geldt ook voor zorgaanbieders die volgens het LKS in 2026 tot een andere sectie behoren dan de overeenkomst 2025.

-
- De instelling die zorg levert in de settings Outreachend (setting 4) en Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg (setting 7), moet hiervoor expliciet toestemming krijgen van CZ groep.

Uitsluitingen

Nieuwe instellingen komen niet in aanmerking voor een overeenkomst voor 2026 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 één 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 2026

Het is voor zorgaanbieders in sectie III (instellingen) met een omzetmaximum mogelijk om in 2026 in aanmerking te komen voor aanvullende zorginkoop (bijcontracteren). Hiervoor moet de betreffende wachttijd in de regio aantoonbaar boven de Treeknorm zijn. 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 te verkorten. Afgegeven tegemoetkomingen aan verzekerden die verzilverd worden bij de zorgaanbieder, tellen mee in het omzetmaximum.

Minimumeisen bij aanvullende zorginkoop

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

- De zorgaanbieder heeft als instelling (LKS sectie III) een GGZ-overeenkomst voor 2026.
- De wachttijden bij de zorgaanbieder zijn boven de Treeknormen, inclusief een eventuele aanmeldpauze.
- De zorgaanbieder dient het verzoek in als 70% van het omzetmaximum voor 2026 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 knelpunten rondom de wachttijden besproken met de regionale taskforce, het regionale transfermechanisme of een vergelijkbaar regionaal initiatief.
- De zorgaanbieder heeft de behandelcapaciteit om deze aanvullende productie daadwerkelijk te kunnen leveren (zonder personeel weg te halen bij cruciale functies).

Manier waarop een verzoek ingediend kan worden

De zorgaanbieder dient de aanvraag met de bijbehorende stukken in via inkoop.ggz.instellingen@cz.nl, 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 of zorgvragen die in de betreffende regio boven de Treenorm 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 verloopt.
- Het aantal behandelde verzekerden binnen het omzetmaximum in 2026 neemt niet af ten opzichte van voorgaande jaren. Wij streven hiermee gelijkblijvende toegankelijkheid na.
- De mate van intensivering.

Termijnen

Aanbieders die een volledige aanvraag indienen, krijgen **binnen vier weken** uitsluitel. Wordt het verzoek gehonoreerd, dan maken we een aanvullende productieafpraak. Wij maken een aanvullende zorginkoopafpraak voor een aanvullend omzetmaximum en leggen vast of het gaat om een incidentiele of een structurele afspraak. 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. Dit gebeurt na een non-respons op ten minste drie achtereenvolgende medicamenteuze behandelstappen met antidepressiva inclusief één augmentatiestap. CZ groep vindt gepast gebruik van dit dure geneesmiddel essentieel en volgt de criteria die de NVvP hiervoor heeft opgesteld ^[1].

Verklaring van de zorgaanbieder

Als u een gecontracteerde zorgaanbieder bent en contractuele afspraken wilt maken voor behandelingen met esketamine neusspray, dan vult u onderstaande vragenlijst in. Stuur deze 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.

0	Criteria	JA	NEE
1	U bent een specialistisch centrum en hebt meer dan twee jaar ervaring met de poliklinische en/of klinische behandeling van therapieresistente depressie.	☐	☐
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 een depressie behandeld mogen worden als stap 4 in het behandelprotocol, na een non-respons op ten minste drie achtereenvolgende medicamenteuze behandelstappen met antidepressiva, inclusief één augmentatiestap.	☐	☐
3	U biedt continuïteit van zorg, onder andere met een traject van indicatiestelling, inductiefase (twee keer per week) en bij voldoende respons een optimalisatiefase en voortgezette behandeling (één keer per week of minder).	☐	☐
4	U monitort de behandelresultaten en bijwerkingen gedurende de behandelingen via depressievragenlijsten (observeer en zelfrated), 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).	☐	☐
5	Als specialistisch centrum voldoet u aan de volume-eis van minimaal tien patiënten met esketamine neusspray per jaar om ervaring op te bouwen met de combinatiebehandeling.	☐	☐
6	U voldoet aan de gangbare eisen voor een goede psychiatrische behandeling. Hieraan voldoet u als 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. U heeft bovendien een samenwerking met een ziekenhuis- of instellingsapothek met kennis en kunde van de combinatiebehandeling.	☐	☐
7	U voldoet als specialistisch centrum aan de veiligheidsmonitor conform de producteisen van de fabrikant: • 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.	☐	☐
8	Als specialistisch centrum participeert u in het Landelijk Netwerk Behandeling met esketamine neusspray, onder andere voor (gepseudonimiseerde) dataverzameling voor kwaliteitsregistratie en effectiviteitsonderzoek.	☐	☐
9	In aanvulling op dit landelijke toetsingskader vraagt CZ groep de zorgaanbieder een visie heeft op het stopbeleid. In het individueel behandelplan wordt het stopbeleid opgenomen. Voorafgaand aan de behandeling met Spravato wordt dit stopbeleid besproken met de cliënt.	☐	☐