

Stoppen met roken 2026

Zorginkoopbeleid CZ

Inhoudsopgave

Stoppen met Roken	2
Vorbehoud	2
1 Visie van CZ groep op de zorg voor mensen die willen stoppen met roken	3
1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave	3
1.2 Visie op de sector	3
2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	4
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026	4
2.2 Transformatie en samenwerking	11
2.3 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	11
3 Proces contractering 2026	12
3.1 Tijdpad	12
3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	12
3.3 Bereikbaarheid	12
Bijlagen	13
Bijlage 1: Minimumeisen voor gekwalificeerde aanbieders van intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding	13
Bijlage 2: Russell Standard	13

Stoppen met Roken

Zorginkoopbeleid

laatste update 31-3-2025

Voorwoord

CZ groep wil dat iedere verzekerde toegang heeft tot goede stoppen-met-rokenzorg, die aansluit bij de behoefte van de verzekerde, die op de juiste plek wordt geleverd en tegen een marktconforme prijs. Mede door de COVID 19-periode is de stoppen-met-rokenzorg in een versneld tempo gedigitaliseerd. Die ontwikkeling blijven we stimuleren, waarbij ruimte moet blijven bestaan voor fysieke stoppen-met-rokenbegeleiding, aansluitend op de wens van de verzekerde. We streven er altijd naar om zorg van de beste kwaliteit in te kopen, om de kans dat mensen stoppen met roken zo groot mogelijk te maken. Het doel voor 2026 is en blijft om stoppen-met-rokenzorg op een verantwoorde manier toegankelijk te houden voor onze verzekerden.

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 worden gepubliceerd. Als er zich situaties voordoen waarin dit zorginkoopbeleid niet voorziet, 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 zorg voor mensen die willen stoppen met roken

1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave

Roken is een van de vele vermijdbare risico's die invloed hebben op iemands gezondheid. De kans dat iemand een medische aandoening krijgt die door roken is veroorzaakt, wordt bewezen kleiner naarmate die persoon langer geleden volledig is gestopt met roken. Een rookvrije maatschappij kan leiden tot een grote verlaging van de gezondheidsrisico's, op de korte en lange termijn. Hieraan wil CZ groep actief bijdragen.

In februari 2023 is het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) ondertekend, met als doel om in 2040 een rookvrije generatie te hebben. Om dit langetermijndoel te halen, moeten we nu gezamenlijk actie ondernemen. Onder rokers groeit de wens om te stoppen. Veel organisaties en werkgevers stimuleren mensen om te stoppen met roken. Daardoor blijft de vraag naar stoppen-met-rokenbegeleiding de komende jaren stijgen. Door deze begeleiding – met of zonder farmacotherapeutische ondersteuning – vrij te stellen van het eigen risico, is voor velen een financiële drempel weggenomen. Daardoor is stoppen-met-rokenbegeleiding toegankelijker geworden voor de verzekerden die graag willen stoppen met roken.

1.2 Visie op de sector

CZ groep koopt alleen evidence based stopmethodes in die passen bij de Zorgstandaard Stoppen met Roken. Enkel zorgaanbieders met een registratie in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken (KABIZ) komen in aanmerking voor een overeenkomst. Wij vervullen, samen met de zorgaanbieders, een actieve rol bij de verdere verbetering van de inhoudelijke therapieën. Hierin gaan wij zorgaanbieders stimuleren om digitale zorgondersteuning te integreren in het bestaande aanbod. Zo kunnen we de zorg toegankelijk houden en vooral effectief doorontwikkelen. Op onze webpagina over digitale zorg leest u meer over onze visie en ambities op het gebied van digitale zorg en ook over de afspraken die Zorgverzekeraars Nederland met partijen heeft gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen.

We willen de regie nemen om onze verzekerden te begeleiden naar de zorg die het beste bij hun wensen en behoeften past. Het aanbod van de stoppen-met-rokenbegeleiding is voor alle verzekerden lokaal toegankelijk (digitaal en/of fysiek) en van goede kwaliteit. De begeleiding door de gecontracteerde stoppen-met-roken zorgaanbieders voldoet ten minste aan al onze minimumeisen zoals beschreven in bijlage 1. CZ groep koopt een breed scala aan stoppen-met-rokenbegeleiding in, passend bij de individuele behoeften van de verzekerden, fysiek of digitaal. We willen de verzekerden de regie geven, zodat ze zelf kunnen kiezen welke geaccrediteerde stoppen-met-rokenbegeleider en welke soort begeleiding het beste bij hun levensfase en levensstijl passen. Zo maken we de kans dat zij daadwerkelijk stoppen zo groot mogelijk. Ons doel voor 2026 is dan ook: meer transparante en op data gebaseerde keuze-informatie beschikbaar stellen aan onze verzekerden, zodat zij een passende keuze kunnen maken.

2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

Doelstellingen



2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026

Met dit zorginkoopbeleid kopen we begeleiding in die onze verzekeren de beste mogelijkheid biedt om te stoppen met roken. We stimuleren zorgaanbieders om hun begeleiding steeds verder te verbeteren om zo het stoppercentage te verhogen. Daarnaast willen we zorgaanbieders stimuleren om te innoveren, waarbij openheid en transparantie over de geleverde zorg centraal staan. Het aantal aanbieders van stoppen-met-rokenbegeleiding groeit. De kwaliteit van de geleverde begeleiding is divers. Daarom gebruiken we de internationale Russell Standard (bijlage 2) om het stoppercentage per aanbieder vast te stellen. Vervolgens vergelijken we de percentages van de verschillende aanbieders om tot een gemiddelde, ondergemiddelde of bovengemiddelde classificatie te komen. Deze kwalificatie van de stoppen-met-rokenaanbieders biedt onze verzekeren de kans om op basis van transparante informatie zelf te kiezen welke begeleider en welke soort begeleiding het beste passen bij hun levensfase en levensstijl. Zo maken we de kans dat zij daadwerkelijk stoppen zo groot mogelijk. Voor 2026 heeft CZ groep met de gecontracteerde zorgaanbieders meerjarige overeenkomsten afgesloten. Op die manier proberen we de continuïteit en toegankelijkheid van de stoppen-met-rokenbegeleiding te waarborgen voor onze verzekeren.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2026

Er zijn geen belangrijke wijzigingen ten opzichte van vorig jaar.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

Er zijn geen belangrijke wijzigingen ten opzichte van vorig jaar.

2.1.3 Soorten stoppen-met-rokenbegeleiding

We kunnen stoppen-met-rokenbegeleiding opdelen in 2 categorieën: korte stopadviezen en intensieve begeleiding.

2.1.4 Korte stopadviezen

Korte stopadviezen of korte motiverende interventies zijn vaak eenmalig en worden gegeven door huisartsen, verloskundigen, medisch specialisten en andere zorgverleners. Vaak vindt deze advisering plaats op het moment dat zij een verzekerde voor een andere zorgvraag spreken. Deze adviezen zijn geen onderdeel van dit zorginkoopbeleid en hiervoor hebben we geen losse declaratieprestaties. Het adviseren en stimuleren om te stoppen met roken gebeurt en hoort ook thuis in de dagelijkse praktijk van deze zorgaanbieders. Wel kunnen artsen bij deze korte stopadviezen farmacologische ondersteuning voorschrijven. De verzekerde heeft dan alleen geen recht op vergoeding van deze medicatie vanuit de basisverzekering.

2.1.5 Intensieve begeleiding

Onder intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding verstaan we geaccrediteerde^[1] begeleidingstrajecten, waarin verzekerden in meerdere sessies met een stopcoach proberen te stoppen met roken. Intensieve begeleiding is voorbehouden aan gespecialiseerde stoppen-met-rokenbegeleiders die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister KABIZ. Er zijn 2 vormen van intensieve begeleiding:

- individuele begeleiding;
- groepsbegeleiding.

Deze trajecten kunnen worden aangevuld met begeleiding in de vorm van digitale zorgondersteuning via een app of website. CZ groep is geïnteresseerd in bewezen effectieve apps en/of websites die de begeleiding kunnen ondersteunen. Hieronder lichten we de inhoud en opbouw van de individuele begeleiding en de groepsbegeleiding kort toe.

Individuele begeleiding

Individuele begeleiding (op locatie, telefonisch en/of via beeldbellen) bevat minimaal de volgende elementen:

- bespreken van de rookgeschiedenis van de deelnemer en diens motivatie om te stoppen;
- hulp verlenen bij het in kaart brengen van risicosituaties;
- bespreken van probleemoplossende strategieën om met deze situaties om te gaan;
- bij face-to-face-begeleiding: organiseren van ten minste 4 contactmomenten van minimaal 10 minuten tussen de stopcoach en de verzekerde, mogelijk aangevuld met telefonische ondersteuning;
- bij telefonische begeleiding: organiseren van ten minste 7 begeleidingsgesprekken met een coach, volgens een vast stappenplan, verdeeld over een periode van ongeveer 3 maanden;
- bij voorkeur het gebruik van motiverende gespreksvoering.

Deze individuele begeleiding kan met en zonder farmacologische ondersteuning plaatsvinden (CBO-richtlijn, 2024).

Groepsbegeleiding

Groepsbegeleiding is ook een vorm van intensieve begeleiding. Aanbieders van groepstherapieprogramma's organiseren deze op verschillende plaatsen in het land of via online groepsbijeenkomsten. De verzekerde wordt hierover geïnformeerd door zorgverleners of via de (regionale) media. In groepstherapieprogramma's kunnen rokers gedragstechnieken voor het stoppen met roken leren en elkaar ondersteunen. De inhoud van groepstherapieprogramma's kan verschillen, maar elk programma bestaat uit minimaal 6 bijeenkomsten. De begeleiding kan met en zonder farmacologische ondersteuning plaatsvinden (CBO-richtlijn, 2024).

Verschillende behandelingen



Farmacologische ondersteuning

Farmacologische ondersteuning dient altijd te worden gecombineerd met gedragsmatige behandelingen, omdat een gecombineerde aanpak effectiever is dan farmacotherapie alleen. De komende jaren komen er mogelijk generieke alternatieven voor stoppen-met-roken medicatie beschikbaar. CZ houdt de mogelijkheden daarvan in het oog en zal waar mogelijk afspraken maken voor de vergoeding en leveren van specifieke merken van generieke middelen.

2.1.6 Kwaliteit van zorg

CZ groep bepaalt de kwaliteit van de geleverde zorg door te kijken naar het percentage deelnemers aan een stoppen-met-rokenbegeleidingstraject dat na afloop echt is gestopt met roken. We vragen onze gecontracteerde aanbieders om deze gegevens vast te leggen. Zij doen dit op meerdere momenten:

- 4 weken na het afgesproken stopmoment;
- 3 maanden na de start van het begeleidingstraject;
- 6 maanden na de stopdatum;
- exact 1 jaar na de beëindiging van het begeleidingstraject.

We verwachten dat gecontracteerde stoppen-met-rokenaanbieders zich committeren aan de stopcriteria zoals gesteld in de Russell Standard (West, 2005). In bijlage 2 staat de verkorte versie hiervan. Aan de hand van de gehaalde stoppercentages op de verschillende momenten na de behandeling, bepalen we het gemiddelde van de aanbieders. Wij zijn voornemens om de kwaliteit voor onze verzekerden van de geleverde stoppen-met-rokenbegeleiding uit te drukken in een gemiddelde, ondergemiddelde of bovengemiddelde classificatie.

CZ groep vindt het belangrijk dat aanbieders hun kwaliteitcijfers vastleggen. Niet alleen om zo hun eigen product te verbeteren, maar vooral ook om deze cijfers openbaar en transparant te kunnen maken. We willen dan ook stimuleren dat onze zorgaanbieders op hun websites inzicht geven in hun kwaliteitcijfers. Daarnaast willen we, dat ze deze cijfers desgevraagd, maar in ieder geval 1 keer per jaar, voor de classificatie bij ons aanleveren via een ingevulde minimale dataset (MDS) met daarbij een bestuursverklaring. Onderstaande afbeelding laat dit proces zien. Een voorbeeld van een minimale dataset vindt u op [onze website](#). Steekproefsgewijs checkt CZ groep de aangeleverde data. De aanlevering vindt beveiligd plaats via SecureShare. Ook vragen we onze aanbieders om vast te leggen hoeveel tijd zij aan de begeleiding besteden en hoeveel patiënten gebruikmaken van farmacologische ondersteuning en om welke soort het dan gaat.

We willen de aangeleverde kwaliteitcijfers in de Zorgvinder op onze website presenteren. Zo helpen we onze verzekerden om een goede stoppen-met-rokenbegeleider te kiezen. CZ groep wil aanbieders stimuleren om hun kwaliteitcijfers ook zelf openbaar maken voor de verzekerden. We blijven de landelijke ontwikkeling van een eenduidig meetinstrument volgen:

- om de uitkomstindicatoren gestandaardiseerd te kunnen meten;
- om de effectiviteit van stoppen-met-rokeninterventies te kunnen bepalen;
- om succespercentages op een eenduidige manier te registreren en vast te leggen.

Deze ontwikkelingen moeten het in de toekomst mogelijk maken om verschillende stoppen-met-

rokenzorgaanbieders op eenzelfde manier met elkaar te vergelijken, hierover het gesprek met elkaar aan te gaan en zo de kwaliteit te blijven waarborgen.

Voor reguliere huisartsen die in hun praktijk intensieve individuele stoppen-met-rokenbegeleiding bieden, gelden de afspraken uit de huisartsenovereenkomst. Kortdurende stopadviezen of korte motiverende interventies om te stoppen met roken vallen niet onder de NZa-beleidsregel Stoppen-met-rokenprogramma, maar onder de reguliere zorgverlening door huisartsen, verloskundigen en andere zorgverleners.

Stoppen met roken

Patiënt volgt behandeling



Minimale Dataset (MDS)
aanleveren bij CZ



CZ gebruikt MDS
voor bepaling categorieën

2.1.7 Kosten van zorg

Momenteel worden er landelijke kwaliteitscriteria en meetmethodieken ontwikkeld. CZ groep steunt deze ontwikkeling. Voor 2025 tonen we de beschikbare informatie van de zorgaanbieders aan onze verzekerden en zijn we van plan om hierin een classificatie aan te brengen op basis van de resultaten uit de minimale dataset. In 2026 verbinden we hier nog geen financiële consequenties aan.

2.1.8 Toegankelijkheid van zorg

CZ groep wil dat iedere verzekerde toegang heeft tot stoppen-met-rokenbegeleiding. Dit doen we door landelijke en regionale aanbieders te contracteren en landelijke dekking te garanderen. Voor verzekerden die geen begeleiding op locatie kunnen of willen krijgen, contracteren wij telefonische en/of online begeleiding (zoals beeldbellen). In 2025 hebben we voldoende stoppen-met-rokenbegeleiding ingekocht om aan onze zorgplicht te voldoen. Voor 2026 willen we nieuwe aanbieders contracteren, mits zij:

- gekwalificeerd zijn én;
- hun zorgaanbod zich positief onderscheidt op het gebied van kwaliteit, kosten, samenwerkingen, succespercentages en/of innovatie. Dit leidt tot een aantoonbaar betere stoppen-met-rokenbegeleiding voor onze verzekerden én;
- een witte vlek opvullen in ons huidige zorgaanbod.

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.

2.1.9 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.

2.1.10 Aanvullende zorginkoop

CZ groep gaat ervan uit in het komende inkoopproces voldoende zorg in te zullen kopen. Mochten we op enig moment constateren (mogelijk) niet aan onze zorgplicht te kunnen voldoen, dan zullen we aanvullende zorg inkopen, dat via de website kenbaar maken en aanvullend inkoopbeleid publiceren.

2.1.11 Duurzaamheid

Als zorgverzekeraars willen we niet alleen onze eigen organisatie verduurzamen, maar ons ook inzetten voor een versnelde verduurzaming van het gehele zorglandschap (Zvw- en Wlz-breed). We willen dat doen op basis van de Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ3.0)¹, die ondertekend is door Zorgverzekeraars Nederland, de verschillende zorgbranches, individuele zorgverzekeraars en veel zorgaanbieders. Veel zorgaanbieders/leveranciers hebben inmiddels met grote of kleinere stappen hun zorg verduurzaamd. 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 we zo veel mogelijk aan op de focuspunten die de zorgbranches het belangrijkst vinden.

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

Alle zorgverzekeringsbedrijven moeten – conform de Europese Corporate Sustainability Reporting Directive – 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 zo veel mogelijk reeds beschikbare informatie te gebruiken. We kunnen 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 de impact van de zorg op klimaat en milieu verlagen. Wij stimuleren hen om (verder) te verduurzamen door in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken. We verwachten van zorgaanbieders dat zij:

- de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 mee willen helpen realiseren;
- 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 die beschikbaar zijn bij de zorgaanbieder;
- aantoonbaar voortgang boeken op de uitvoering van het mobiliteitsplan². Dat plan is gericht op het terugdringen van de CO₂-emissie door vervoersbewegingen van medewerkers. De zorgaanbieders laten zien dat zij voortgang boeken via de beschikbare rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit³ (alleen van toepassing bij zorgaanbieders met meer dan 100 fte).

We inspireren zorgaanbieders en geven hun handelingsperspectief door groene voorbeelden in de zorgsector te verspreiden. Zie [tabel groene initiatieven](#) die de zorgverzekeraars hebben verzameld of de websites van de GDDZ3.0 en Groene Zorgalliantie (GZA).

Omnibus pakket

Op 26 februari 2025 presenteerde de Europese Commissie het ‘Omnibus pakket’. Het is een voorstel tot vereenvoudiging van EU-duurzaamheidswetgeving, dat nog parlementair in behandeling is.

- Of, en in welke mate, dit wetswijzigingsvoorstel tot aanpassingen in de CSRD-rapportageverplichting zal leiden, is nu niet te zeggen.
- De verduurzamingsambities van zorgverzekeraars voor de zorgsector blijven onverminderd van kracht.
- Onder voorbehoud van de uitkomst van de parlementaire behandeling, blijven zorgverzekeraars voornemens om zorgaanbieders uiterlijk 1 oktober 2025 definitieve duidelijkheid te geven over eventuele benodigde metingen gedurende 2026 voor de CSRD-rapportages 2026.

2.1.12 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.

2.2 Transformatie en samenwerking

2.2.1 Visie op regionale samenwerking

Om de uitdagingen binnen de zorg het hoofd te kunnen bieden, is een transformatie van de zorg nodig. Een deel daarvan vindt plaats in instellingen en die faciliteren we onder andere met inkoopafspraken. Toch kunnen we lang niet alle uitdagingen op dat niveau aanpakken, omdat ze op veel punten de individuele instellingen en sectoren overstijgen. Voor de problemen met de toegankelijkheid van de zorg is bijvoorbeeld een gezamenlijke oplossing nodig. De regioplannen uit 2023 bevestigen dit. Daarom zetten wij in op regionale samenwerking en thematische coalities met veldpartijen.

Deze samenwerking is niet nieuw: we zijn al meer dan 10 jaar geleden begonnen met intensieve regionale samenwerkingen in Limburg en Zeeland. Ook hebben we inmiddels 5 jaar ervaring met het vormen van duurzame coalities met zorginstellingen. Op basis van 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. We richten ons daarbij op de belangrijkste regionale opgaven en op passende zorg, digitale (zelf)zorg en een herinrichting van waar en wanneer zorg geleverd wordt.

Samenwerking in regio's en coalities gaat niet vanzelf. Het vergt wederzijds commitment voor de strategie in de regio, de uitvoering van de plannen en de randvoorwaarden. Met ons Duurzaam Transformatiemodel en de coalitieaanpak stimuleren en faciliteren we een optimale samenwerking.

Deze transformatie kunnen we niet alleen binnen de Zvw bereiken. We hebben ook de Wlz, het sociaal domein, gemeenten, maatschappelijke organisaties en vooral de inwoners van de regio's keihard nodig. Deze veranderingen raken iedereen, direct of indirect. Juist daarom vinden we dat alle partijen moeten aanhaken bij de regionale aanpak.

2.2.2 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. Daarom hebben zorgpartijen eind 2022 het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten met afspraken die moeten bijdragen aan deze 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 belangrijkste opgaven in de regio. Daarbij staat ook wie deze 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.) De plannen worden beoordeeld op basis van een landelijk beoordelingskader.

2.3 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 hun inbreng 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 de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het [transparantiedocument](#).

3 Proces contractering 2026

3.1 Tijdpad

Activiteiten	Planning
Vorbereiden, formuleren en publiceren van het zorginkoopbeleid 2026	Uiterlijk 1 april 2025
Online plaatsen MDS-format 2026	1 juni 2025
Online aanbieden Deel II (Algemeen Deel) van de overeenkomst	1 augustus 2025
Insturen inhoudelijk uitgewerkt voorstel nieuwe aanbieders	Uiterlijk 1 september 2025
Insturen MDS-resultaten over de eerste 8 maanden van 2025	20 september 2025
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluit contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/ contractbesprekingen af.	Uiterlijk 1 november 2025
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2025

*Aanbieders die in 2025 ook actief waren als gekwalificeerde stoppen-met-rokenbegeleiders, moeten ook alle patiënten die zij in 2025 hebben begeleid, opnemen in de minimale dataset.

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

3.3 Bereikbaarheid

Voor vragen over de inhoud van dit zorginkoopbeleid kunt u contact opnemen met de afdeling Zorginkoop Stoppen-met-rokenbegeleiding. Voor vragen over de operationele zaken rondom een aangeboden of bestaande overeenkomst, kunt u contact opnemen met de afdeling Relatiebeheer Zorgverleners, sector Alternatieve Zorg. Wij beantwoorden uw vragen binnen 10 werkdagen.

Zorginkoop Stoppen-met-rokenbegeleiding: smr-zorg@cz.nl

Relatiebeheer Zorgverleners, sector Alternatieve Zorg Registratie van de gegevens over contracten, personen en praktijken/instellingen: (0113) 27 46 62 rz.alternatievezorg@cz.nl

Specifieke vragen over individuele verzekerden

Vragen over specifieke verzekerden, zoals zorgvragen en vragen over machtigingen of declaraties, mogen niet door Zorginkoop worden behandeld. Daarvoor kunnen verzekerden of zorgaanbieders contact opnemen met de afdelingen Medische Beoordelingen (machtigingsaanvragen) of Declaratieverwerking via farmacie@cz.nl.

Bijlagen

Bijlage 1: Minimumeisen voor gekwalificeerde aanbieders van intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding

CZ groep hanteert minimale eisen en richtlijnen voor gekwalificeerde stoppen-met-rokenbegeleiders die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst in 2026. Daarmee kunnen we de kwaliteit van de geleverde zorg garanderen:

- Het aanbod van de gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken is evidence based. Voor de specifieke kernelementen, waaraan de gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken moet voldoen, verwijzen we naar de meest recente versies van de CBO-richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving, de zorgmodule Stoppen met Roken en het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken (KABIZ).
- De zorgaanbieder die de zorg verleent of de professionals die aan hem verbonden zijn en de zorg verlenen, zijn geregistreerd in het Kwaliteitsregister KABIZ.
- Zorgaanbieders volgen door KABIZ geaccrediteerde bij- en nascholingen.
- De continuïteit is gewaarborgd, bijvoorbeeld bij ziekte van de zorgaanbieder.
- De zorgaanbieder heeft een AGB-code.
- De zorgaanbieder zorgt voor een actuele weergave van alle relevante informatie in Vektis.
- De zorgaanbieder beschikt over een geldig VECOZO-certificaat.
- De zorgaanbieder is bereid om informatie aan te leveren, waarmee CZ groep de Zorgvinder kan vullen en actueel kan houden.
- De zorgaanbieder legt informatie over iedere verzekerde vast in de minimale dataset en levert deze aan CZ groep aan, conform de planning én als wij daar tussentijds om vragen.
- De zorgaanbieder houdt zich bij de zorgverlening aan de relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet, de vigerende NZa-beleidsregel Stoppen-met-rokenprogramma (BR/CU-7073) en de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekeraar.

Bijlage 2: Russell Standard

The criteria

- A 'treated smoker' (TS) is a smoker who undergoes at least one treatment session on or prior to the quit date and sets a firm quit date. Smokers who attend an assessment session but fail to attend thereafter would not be counted. Neither are smokers who have already stopped smoking at the time they first come to the attention of the services.
- A smoker is counted as a 'self-reported 4-week quitter' (SR4WQ) if s/he is a 'treated smoker', is assessed (face to face, by postal questionnaire or by telephone) 4 weeks after the designated quit date (minus 3 days or plus 14 days) and declares that s/he has not smoked even a single puff on a cigarette in the past 2 weeks.
- A smoker is counted as a 'CO-verified 4-week quitter' (4WQ) if s/he is a self-reported 4-week quitter and his/her expired-air CO is assessed 4 weeks after the designated quit date (minus 3 days or plus 14 days) and found to be less than 10ppm.
- A treated smoker is counted as 'lost to follow up at 4-weeks' (LFU4W) if, on attempting to determine the 4-week quitter status s/he cannot be contacted.
- A smoker is counted as a '52-week quitter' (52WQ) if s/he is a 'treated smoker', is assessed (face to face, by postal questionnaire or by telephone) 52 weeks after the designated quit date (plus or minus 30 days) and declares that s/he has not smoked more than 5 cigarettes in the past 50 weeks.
- A treated smoker is counted as 'lost to follow up at 52-weeks' (LFU52W) if, on attempting to determine the 52-week quitter status s/he cannot be contacted. **Calculating success rates** o The 4-week success rate (4WSR) is 4WQ/TS.
- The self-reported 4-week success rate (SR4WSR) is SR4WQ/TS.
- The 52-week success rate (52WSR) is 52WQ/TS.