

Medisch specialistische zorg 2026

Zorginkoopbeleid CZ

Inhoudsopgave

Medisch-Specialistische Zorg	2
1. Visie van CZ groep op de medisch-specialistische zorg	3
1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave	3
1.2 Visie op de medisch-specialistische zorg	3
2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	5
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026	5
2.2 Inhoudelijk beleid	5
2.3 Transformatie en samenwerking	17
2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	18
3. Proces contractering 2026	19
3.1 Tijdpad	19
3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	20
3.3 Bereikbaarheid	21
Bijlage 1 Voorwaarden voor een contract voor 2026	22

Medisch-Specialistische Zorg

laatste update 31-3-2025

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 medisch-specialistische zorg en daarbuiten. Door goede lokale en regionale samenwerkingsafspraken met andere zorgaanbieders te maken, kunnen we de in- en uitstroom verder optimaliseren. Verregaande digitalisering en passende zorg kunnen de arbeidsproductiviteit binnen de medisch-specialistische zorg verhogen. We bereiken een efficiëntere personele inzet en een betere kwaliteit door regionaal profielkeuzes aan te scherpen en te functioneren in netwerken. Met al deze maatregelen willen wij de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg verbeteren. De belangrijke stappen van de afgelopen tijd zetten we met de nodige creativiteit en samenwerking voort in 2026.

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 medisch-specialistische zorg

1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave

De toegankelijkheid van de zorg staat meer dan ooit onder druk. De vergrijzing blijft toenemen, net als het aantal chronisch zieken en mensen met meerdere aandoeningen. Het zorgaanbod kan deze stijging onvoldoende bijbenen. Nu al zien we op diverse vlakken en in meerdere regio's personele tekorten en deze zullen de komende jaren toenemen. Hoe kunnen we voorkomen dat er harde ingrepen in het verzekerd pakket nodig zijn? We hebben niet overal een oplossing voor, maar we geloven dat door echte samenwerking nog veel vooruitgang mogelijk is. Denk aan: samenwerking tussen zorgverleners onderling en met gemeenten, patiëntenverenigingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Alleen dan kunnen we impact maken. Daarbij moeten we vol inzetten op nog meer digitale mogelijkheden om de productiviteit te verhogen en vooral om de werkdruk van het zorgpersoneel te verlichten. Alleen zo blijft de zorg aantrekkelijk voor nieuwe enthousiaste en betrokken mensen die nu en in de toekomst zo hard nodig zijn. Op dit moment is nog onduidelijk of er nieuwe afspraken komen voor het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Natuurlijk zetten wij ons volledig in om eventuele nieuwe afspraken tot een succes te maken.

1.2 Visie op de medisch-specialistische zorg

Ook de medisch-specialistische zorg staat voor grote uitdagingen. De toenemende zorgvraag leidt tot oplopende wachttijden waardoor de toegankelijkheid steeds verder onder druk staat. We moeten zuinig zijn op het schaarse zorgpersoneel door hen te helpen om de zorg zo goed en efficiënt mogelijk uit te voeren. Het gebruik van digitale hulpmiddelen is daarbij onmisbaar. Kunstmatige intelligentie (AI) biedt mogelijkheden om artsen te ondersteunen bij hun onderzoek en diagnostiek. Ook kan AI een belangrijke bijdrage leveren aan het verlichten van de administratieve lasten.

Digitale instrumenten kunnen helpen om het zorgpersoneel efficiënter in te zetten. Denk aan telemonitoring voor chronisch zieken. Deze interventies hebben hun waarde al bewezen maar moeten nu breed ingezet worden om daadwerkelijk effect te bereiken.

De betaalbaarheid van de zorg blijft ook een belangrijke uitdaging. De kosten van de zorg nemen elk jaar toe en daarmee stijgt ook de ziektekostenpremie. Die stijging is begrijpelijk gezien de toenemende zorgvraag en de hoge inflatiecijfers, maar tegelijkertijd legt het een groot beslag op ieders besteedbare inkomen. CZ groep wil daarom kritisch blijven kijken naar de ontwikkeling van de zorgkosten en mogelijkheden om doelmatiger te werken.

Samen moeten we hier de schouders onder zetten. CZ groep draagt in zijn kernwerkgebied actief bij aan de regionale overlegtafels en stimuleert betekenisvolle bijdragen via transitiegelden. Buiten ons kernwerkgebied ondersteunen en volgen we in principe de marktleider in diens keuze. Door meer datagedreven informatie in kaart te brengen, streven wij naar verdere focus en prioritering van veelbelovende initiatieven.

1.2.1 Kernpunten van het beleid

Onze belangrijkste uitdaging is de zorg toegankelijk te houden door meer passende zorg te leveren. Nieuwe initiatieven voor passende zorg moeten dan ook bijdragen aan een hogere arbeidsproductiviteit en een lagere arbeidsinzet. Veranderingen in de zorg willen wij dus hierop toetsen. Binnen de muren van het ziekenhuis én daarbuiten. Via (meerjarige) zorginkoopafspraken en door samen te werken met zorgaanbieders nemen wij onze verantwoordelijkheid en stimuleren we deze beweging. Daarbij benutten we waar mogelijk de landelijke transformatiemiddelen. Initiatieven die niet aantoonbaar bijdragen aan een per saldo lagere personeelsinzet, zijn onvoldoende toekomstbestendig en ondersteunen we in beginsel niet.

Ons zorginkoopbeleid is gericht op meer digitalisering en gepast gebruik, verdere samenwerking binnen de regionale zorgketen, aanscherping van de profielen van ziekenhuizen en de implementatie van doelmatigheidsinitiatieven van dure geneesmiddelen. Hieronder lichten we deze onderwerpen toe.

Digitalisering en gepast gebruik

Digitale zorg kan een oplossing bieden voor de toenemende personeelstekorten. Om deze potentie goed te benutten, moet het zorgaanbod fundamenteel anders vormgegeven worden. Zorgpaden moeten worden aangepast en traditionele zorg moet worden vervangen door digitale zorg. CZ groep blijft dan ook inzetten op passende hybride en digitale zorg: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Ons doel is dat eind 2026 een groot deel van de zorgpaden op een hybride manier is vormgegeven. Veel ziekenhuizen zijn hier al mee begonnen. Om het effect voor het zorgpersoneel voelbaar te maken, moeten deze initiatieven snel opgeschaald worden. Een verdere stap voor nog meer efficiency kan liggen in het creëren van medische servicecentra die ziekenhuizen werk uit handen kunnen nemen en een grote rol kunnen spelen op het gebied van thuismonitoring en informatievoorziening voor de patiënt.

Zorginstituut Nederland bepaalt welke zorg tot het verzekerde pakket behoort. Wij hebben hierbij een signalerende rol en sturen aan op duidelijke keuzes en een heldere afbakening. Bewezen niet-effectieve zorg moet ook niet meer worden uitgevoerd door zorgaanbieders. Binnen het traject Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) blijven we monitoren welke zorginzet afwijkend is en maken we afspraken om die te verbeteren. Ook voor 2026 blijven wij ons richten op passende zorg die zichtbaar bijdraagt aan een efficiëntere personeelsinzet en meer doelmatigheid.

Samenwerking binnen de regionale zorgketen

Wij vinden een goede samenwerking tussen de regionale zorgaanbieders belangrijk. Vanwege de personele krapte moeten we sturen op een beheerste instroom naar het ziekenhuis. Als de artsen in het ziekenhuis korte lijnen hebben met de specialisten ouderengeneeskunde en de huisartsen, kunnen zij bijvoorbeeld samen voorkomen dat ouderen via de SEH in het ziekenhuis belanden. Dat is immers niet bevorderlijk voor het verdere verloop en herstel. Door zorgprocessen in de keten nog beter op elkaar af te stemmen, wordt de doorstroom bevorderd, wat een positief effect heeft op de totale personeelsinzet. Dit kan alleen wanneer er voldoende inzicht is in ieders actuele personele capaciteit.

Herinrichten waar en wanneer

CZ groep wil dat de benodigde zorg op de juiste locatie en op het juiste moment in het zorgproces wordt geleverd. Daarbij moet de chronische en electieve zorg het liefst tijdig en dicht bij huis beschikbaar zijn met een goede afstemming met de eerste lijn. Voor complexe (oncologische) zorg kan een concentratie van zorg verder weg belangrijk zijn voor een betere kwaliteit. Niet-vrijblijvende samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders zijn dan belangrijk om optimale zorg te garanderen, ongeacht de plek waar de patiënt als eerste binnenkomt. Door te participeren in formele netwerken met uniforme zorgpaden borgen zorgaanbieders dat tijdig de juiste diagnostiek wordt ingezet, de chirurgische ingreep zo nodig in een geconcentreerde setting plaatsvindt en de nazorg adequaat volgens vaste standaarden verloopt.

Het is cruciaal dat ook in de toekomst de kritieke acute functies van ziekenhuizen regionaal beschikbaar blijven. Vanwege de huidige personele tekorten begint dat in sommige regio's problematisch te worden. Daarom is het belangrijk dat zorgpersoneel niet onnodig vertrekt uit het ziekenhuis waardoor de acute zorg onder druk komt te staan. Een vorm van budgetbekostiging voor de acute zorg lost het personeelstekort niet op. Daarom is het onvermijdelijk dat we verdere keuzes maken over wie welke zorg het beste kan uitvoeren.

Door ons te richten op de concentratie en spreiding van zorg kunnen we beter borgen dat het toenemende aantal patiënten verzekerd blijft van de beste zorg door het schaarse personeel en dure infrastructuur optimaal in te zetten. Naast concentratie van complexe zorg moet ook de spreiding van minder complexe zorg in deze beoordeling worden meegenomen. Wij doen daarbij een beroep op het zorgveld om het maatschappelijke belang boven het individuele belang te stellen. CZ groep wil zich graag inzetten om deze discussie met elkaar in de regio te voeren.

Doelmatigheidsinitiatieven dure geneesmiddelen

Voor de komende jaren verwachten we opnieuw een sterke kostengroei van dure geneesmiddelen. Dit heeft een aantal oorzaken:

- Door ontwikkelingen in de demografie en incidentie neemt het aantal gebruikers toe.
- Er worden veel nieuwe specialités en indicatie-uitbreidingen van bestaande specialités verwacht.
- Er stromen zeer dure gentherapieën, celtherapieën en weesgeneesmiddelen in.
- Er verlopen weinig impactvolle patenten.

Toch zien we ook een belangrijk potentieel op het gebied van dure geneesmiddelen. Het veld ontwikkelt impactvolle initiatieven voor meer doelmatigheid, met de ondersteuning van onder andere Treatmeds en ZonMw. Wij zien een belangrijke rol voor alle zorgaanbieders om bewezen effectieve initiatieven te implementeren om verdere verdringing van de reguliere zorg te beperken.

2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026

Voor 2026 blijven we ons richten op de toegankelijkheid van de zorg. We willen dat de zorg binnen de landelijke Treeknormen beschikbaar is. Daarvoor is inzicht nodig in de actuele wachttijden en wachtlijsten. In overleg met zorgaanbieders achterhalen we de oorzaken van te hoge wachttijden en maken we onderling afspraken over de aanpak daarvan. Gedurende het jaar monitoren we de verbeteracties die zijn uitgezet en beoordelen we de effecten daarvan op de wachtlijsten. Passende zorg met bijvoorbeeld een brede implementatie van thuismonitoring kan bijdragen aan een efficiënte inzet van het beschikbare zorgpersoneel. Over deze en andere initiatieven om de toegankelijkheid te verbeteren, maken we graag concrete afspraken.

In het IZA zijn daarnaast afspraken gemaakt over de financiële kaders. Deze kaders en het marktconform maken en houden van contractuele afspraken zijn het uitgangspunt voor de financiële afspraken voor 2026. Ons zorginkoopbeleid 2026 is dan ook gericht op het afspreken van voldoende, kwalitatief goede en doelmatige zorg met arbeidsbesparende initiatieven die zichtbaar bijdragen aan het toegankelijk houden van de zorg.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2026

CZ groep gaat door op de ingeslagen weg. Wel brengen we in de uitvoering van ons beleid verdere accenten en samenhang aan. Dit zijn de voornaamste veranderingen ten opzichte van 2025:

- We voeren met een PDCA-cyclus minimaal eenmaal per kwartaal overleg met ziekenhuizen om tijdig en proactief in te kunnen spelen op de (regionale) wachtlijstproblematiek.
- De datum voor de indiening van de offertes is verschoven van 1 september naar 1 oktober. Wel vragen wij u om vóór 1 september alvast de onderdelen aan te leveren die onafhankelijk zijn van de informatie die beschikbaar komt in september (Prinsjesdag).
- We verwerken de gevolgen van de verhoogde volumennormen eerste tranche Concentratie & Spreiding in de inkoopcontracten voor 2026.
- De selectieve inkoop voor infectieprothesiologie, schisis en Mohs-chirurgie komt per 2026 te vervallen.
- We volgen nauwlettend de landelijke besluitvorming over de interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatiezorg (iMSR) bij chronische pijn. Daarna informeren we de betrokken zorgaanbieders over de gevolgen voor de contractering voor 2026.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

De contractvoorwaarden vindt u in paragraaf 2.2, in hoofdstuk 3 en in bijlage 1. Deze zijn inhoudelijk niet gewijzigd ten opzichte van 2025 met uitzondering van de contractaanvragen voor nieuwe ZBC's. De eerste wijziging betreft de invoering van een minimale omzet van € 250.000,- voor CZ-verzekerden in 2024. De tweede nieuwe contractvoorwaarde is de minimale praktijkomvang van twee specialisten met een gezamenlijk dienstverband van minimaal 1,3 fte.

2.2 Inhoudelijk beleid

Ook in 2026 contracteren we weer goede, tijdige en betaalbare zorg. In deze paragraaf leest u onze uitgangspunten voor de contractering voor 2026. Deze afspraken willen we vóór 1 november 2025 gereed hebben. Daarbij rekenen we uiteraard op uw medewerking.

Door transformatieplannen te faciliteren en zorginkoopafspraken te maken, geven wij invulling aan onze maatschappelijke opgaven. Daarbij richten we ons vooral op het verbeteren van de toegankelijkheid door de toegangstijden en wachttijden binnen de Treeknormen te brengen. Hiervoor zijn vooral structurele arbeidsbesparende initiatieven nodig, zodat meer zorg door minder personeel geleverd kan worden. Wij denken hierbij aan meer digitale zorg, vooral voor chronische aandoeningen, meer inzet van AI en meer doelmatige zorg waar mogelijk. Natuurlijk houden we ons daarbij aan de financiële kaders in het IZA. Op deze manier draagt CZ groep bij aan het oplossen van de maatschappelijke opgaven. We gaan ervan uit dat zorgaanbieders dit samen met ons willen doen.

Contractvormen

Elke situatie is anders. Lokale omstandigheden en de prestaties van de zorgaanbieder zijn daarom medebepalend voor de inhoud en de vorm van onze contractuele afspraken. Onwenselijke verschillen tussen vergelijkbare zorgaanbieders willen we terugdringen.

Het IZA loopt tot en met 2026. Bij het schrijven van dit zorginkoopbeleid is nog onduidelijk of het IZA aangepast en verlengd wordt. Dat maakt het lastig om langdurige contractuele verplichtingen aan te gaan. Wij willen de gewenste transitie graag faciliteren via meerjarige contracten, met passende afspraken over toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De onzekerheid over de inhoud van een eventueel nieuw akkoord (Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord) kan echter voor belemmeringen zorgen. Als basisprincipe voor 2026 hanteren wij dan ook een p x q-contract met een zorgomzetplafond voor 1 jaar. Dit contract kan verlengd worden voor meerdere jaren als dit voor beide partijen een aantoonbare meerwaarde heeft. Naast de financiële aspecten willen we ook duidelijke en meetbare doelen vastleggen. Deze zijn onder meer gericht op het actueel houden van het aantal wachtenden, het verminderen van de wachttijden en het effectief inzetten van digitale en passende zorg. Per situatie beoordelen we welke contractvorm het meest wenselijk is.

Voorwaarden voor een contract

Bij het aangaan van overeenkomsten maken we onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Bestaande zorgaanbieders hebben in 2025 een overeenkomst (medisch-specialistische zorg) met ons, op basis waarvan zij zorg bij ons hebben gedeclareerd. Zorgaanbieders die in 2025 geen overeenkomst (medisch-specialistische zorg) met ons hebben, beschouwen wij als nieuwe aanbieders.

In 2026 willen we de overeenkomst met bestaande zorgaanbieders voortzetten. Bepalend hierbij is dat de overeenkomst niet in de loop van 2025 is beëindigd én dat we voor 2026 overeenstemming bereiken over de inhoud van het contract. Iedere zorgaanbieder die voor een overeenkomst in aanmerking wil komen, moet voldoen aan de relevante voorwaarden in bijlage 1.

2.2.1 Toegankelijkheid van zorg

De vraag naar zorg blijft stijgen, terwijl het personeelsaanbod juist stagneert of zelfs afneemt. Het gevolg is dat de wachttijden, vooral voor planbare electieve zorg, vaak hoger zijn dan gewenst. De urgente en acute zorg gaat gelukkig gewoon door, hoewel ook hier de tekorten merkbaar zijn. Voor de niet-acute zorg streven wij ernaar dat alle zorg regionaal binnen de Treeknormen geleverd wordt. Wij beseffen natuurlijk dat een tekort aan zorgpersoneel vaak de oorzaak is van de onderliggende knelpunten en dat de oplossing hiervan een lange adem vergt. Daarom zetten wij ook in op structurele aanpassingen voor passende en digitale zorg, zodat met minder mensen meer zorg geboden kan worden, waardoor de wachttijden kunnen verminderen. Tegelijkertijd maken we met zorgaanbieders afspraken over een continu actueel beeld van de omvang van de wachtlijsten en wachttijden. Patiënten moeten daarbij geïnformeerd worden over de mogelijkheden voor zorgbemiddeling.

Acute zorg - ROAZ

Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) brengt het acute zorgaanbod in de regio in kaart. Zij lossen problemen in de bereikbaarheid op en stemmen activiteiten af tussen de aanbieders van acute zorg. CZ groep neemt in vier regio's actief deel aan deze ROAZ-overleggen (Brabant, Limburg, West en Zuidwest). Zo dragen we bij aan oplossingen voor knelpunten en het toegankelijk houden van deze zorg.

In het IZA is afgesproken dat we streven naar een landelijk dekkende inkoop van zorgcoördinatie. Landelijke partijen werken hiervoor samen aan een implementatieplan. We verwachten dat u dit uitvoert. Het ROAZ voert de regionale uitwerking van zorgcoördinatie uit. Zorgverzekeraars volgen de ontwikkelingen en publiceren waar nodig aanvullend beleid.

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie ondersteunt patiënten en zorgverleners bij het vinden van passende zorg bij een acute zorgvraag. Dit kan bijvoorbeeld gaan om de huisartsenpost, ambulancezorg of ongeplande nachtzorg. Ook kan zorgcoördinatie helpen bij het afschalen van de urgentie van de (acute) zorgvraag (triage) en bij het vinden van vervolgzorg voor een patiënt, bijvoorbeeld een bed voor eerstelijnsverblijf. Zorgcoördinatie kan hiermee bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in Nederland door deze zorg 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.

Wachttijden in de reguliere zorg

Zorgaanbieders zijn verplicht om elke twee weken de wachttijden voor electieve medisch-specialistische zorg inzichtelijk te maken voor patiënten en zorgverzekeraars. Op basis hiervan kunnen wij de klinische en poliklinische wachttijden monitoren per specialisme, per zorgaanbieder en per regio. Naast de wachttijden is ook een juiste opgave van het aantal actief wachtenden per aandoening belangrijk. Wij verwachten van ziekenhuizen dat zij steeds over het correcte aantal wachtenden beschikken waarvan de behandeling direct kan starten.

Binnen ons kernwerkgebied overleggen we met een PDCA-cyclus minimaal één keer per kwartaal met ziekenhuizen over:

- de juistheid en validatie van de aangeleverde gegevens;
- de aard en omvang van de overschrijdingen van de Treeknorm met de onderliggende redenen;
- de voortgang op de afgesproken verbeteracties om de toegankelijkheid te verbeteren;
- de omvang van de wachtlijsten per aandoening van verzekerden van CZ groep (zodat wij de zorgbemiddeling effectief kunnen vormgeven);
- de wenselijkheid dat ziekenhuizen periodiek de wachtenden op de wachtlijst triëren op urgent, semi-urgent en planbaar, zodat gezondheidsrisico's door het langer wachten tot een minimum beperkt worden;
- de veranderingen die worden ingezet om de arbeidsinzet structureel aan te passen en voor een betere toegankelijkheid.

Deze informatie brengen we regionaal samen, zodat er een breder beeld ontstaat van de aard en omvang van de wachtlijstproblematiek. Hierdoor kunnen we voor de contractering voor 2026 gericht inspelen op de knelpunten en kunnen we oplossingen op regionaal niveau verkennen. Ook relevante informatie vanuit onze zorgbemiddeling zetten we in om dit regionale inzicht te vergroten.

Mocht blijken dat bepaalde knelpunten veroorzaakt worden door financiële afspraken, dan onderzoeken we of we deze kunnen oplossen door bij te contracteren (zie paragraaf 2.2.3.2). Daarbij geldt de voorwaarde dat de zorgaanbieder (achteraf) aantoont dat de eventuele extra middelen ook echt hebben geleid tot een betere toegankelijkheid.

Tot slot kan het CZ Zorgteam individuele patiënten naar een andere zorgaanbieder bemiddelen. Dit team bestaat uit adviserend verpleegkundigen die verzekerden in specifieke situaties kunnen helpen.

Digitale zorg

We hebben onze visie en ambities op het gebied van digitale zorg verder uitgewerkt op www.cz.nl/zorgaanbieder/digitalezorg. Daarnaast vindt u in de Gezamenlijke ambities zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025 en 2026 de afspraken die we op ZN-niveau hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen.

Digitale zorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan een betere toegankelijkheid van de zorg. Initiatieven die daaraan kunnen bijdragen zijn:

- het verkorten van de ligduur door monitoring op afstand (thuismonitoring);
- polikliniekbezoeken op afstand in plaats van fysiek (digitaal consult);
- continue thuismonitoring van chronische patiënten (minder opnames, vroegsignalering).

We verwachten van ziekenhuizen dat zij uiterlijk op 1 juni hun strategische beleidsplan delen, waarin zij aangeven hoe ze invulling geven aan hun maatschappelijke opgaven op het gebied van toegankelijkheid en betaalbaarheid. We gaan ervan uit dat zij daarbij ook concreet laten zien hoe digitale zorg hieraan een bijdrage kan leveren:

- Wat is de integrale visie van het ziekenhuis op het gebied van digitale zorg (inclusief telemonitoring)?

- Wat is de aanpak van het ziekenhuis bij de selectie van geschikte zorgpaden en hoe worden de geschikte zorgpaden herontworpen?
- Voor welke doelgroepen en in welke mate wordt telemonitoring in 2026 en de jaren daarna ingezet?
- Welke apps worden momenteel binnen het ziekenhuis geïmplementeerd en hoe wordt de ondersteuning vanuit de leveranciers ervaren?
- Hoe borgt het ziekenhuis een passende schaalgrootte?
- Hoe borgt het ziekenhuis de kostenneutraliteit?

Onze ambitie is dat eind 2026 70% van de geschikte zorgpaden hybride is en dat deze zorgprocessen minimaal 50% inclusie behalen. Daarvoor willen we voor 2025 en 2026 het volgende bereiken:

- In 2024 is in kaart gebracht welke zorg vanaf 2025 hybride of digitaal geleverd gaat worden en welke fysieke zorg wordt afgeschaald. Van de geschikte zorgpaden en zorgprocessen is in 2025 40% uitgetekend en in gebruik.
- In 2025 en 2026 wordt gestuurd op het includeren van een substantieel aantal patiënten of cliënten binnen de hybride of digitale zorgpaden en zorgprocessen, mits dit doelmatig is en past bij de zorgvraag.

Elektronische gegevensuitwisseling is hiervoor een van de randvoorwaarden.

Telemonitoring

Wij vragen ziekenhuizen om in hun strategische beleidsplan aan te geven in welke mate zij denken te gaan voldoen aan bovenstaande ambities. Binnen ons kernwerkgebied gaan we graag met de ziekenhuizen in gesprek over deze plannen. Daarbij toetsen we of onze toekomstvisies en tijdspaden overeenkomen of waar deze verschillen. We bespreken ook graag hoe onze contractafspraken kunnen bijdragen aan meer digitale zorg.

Een belangrijke factor voor deze ambities is een succesvolle implementatie van telemonitoring voor chronische zorg. Sinds 2023 kan de add-on-prestatie telemonitoring separaat gedeclareerd worden. FMS, NVZ, NFU en ZN hebben hiervoor een [handreiking telemonitoring](#) opgesteld. Voor ons is deze handreiking leidend om onze inkoopvoorwaarden verder uit te werken.

Om voor de declaratie van de add-on in aanmerking te komen, moet de zorgaanbieder aantonen dat de prestatie voldoet aan de inhoudelijke prestatiebeschrijving van de NZa en dat de zorgaanbieder akkoord gaat met minimaal budgetneutraliteit. Graag gaan we met zorgaanbieders in gesprek over de behaalde effecten van telemonitoring op de hybride zorg. Hiermee kunnen we tijdig bijsturen om de toegankelijkheid te verbeteren.

Buiten ons kernwerkgebied volgen we in principe de afspraken met de twee marktleiders, waarbij de hoogte van de tarieven bilateraal wordt bepaald.

Zorgevaluatie en Gepast Gebruik

Gepast gebruik van zorg is belangrijk, omdat dit bijdraagt aan de doelmatige inzet van de schaarse personele en financiële middelen. Daarom kijken we naar de manier waarop de zorg binnen het ziekenhuis wordt aangeboden (relatief veel conservatief of operatief, klinisch of poliklinisch) én hoe de regionale zorgketen functioneert. Wellicht zijn hier verbeteringen mogelijk. CZ groep wil zich breed inzetten om hier een succes van te maken.

In 2021 hebben de koepels NVZ en ZN een plan van aanpak opgesteld om de implementatie van Gepast Gebruik te versnellen. Met de ziekenhuizen waar CZ groep marktleider is, maken we jaarlijks afspraken over de onderwerpen uit de ZE&GG-implementatieagenda. In andere situaties volgen we de lokale afspraken hierover. In 2026 willen we voor alle relevante onderwerpen op de implementatieagenda binnen één jaar aantoonbare resultaten zien (conform het IZA). Daarnaast dragen we ook zelf onderwerpen aan die impact hebben op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De verbeterafspraken en de mate van implementatie leggen we vast in het inkoopcontract.

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.

2.2.2 Kwaliteit van zorg

CZ groep vindt het belangrijk dat de zorg van goede kwaliteit is. Bij de contractering voor 2026 besteden we daarbij aandacht aan de volgende zaken:

- De zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- We maken resultaatgerichte afspraken over relevante onderwerpen uit de ZE&GG-agenda.
- Artsen en patiënten beslissen samen over de behandelkeuzes om aan te sluiten bij de individuele situatie en wensen van de patiënt.
- Voor hoogcomplex en laagvolume-aandoeningen hanteren wij de landelijke minimumnormen.
- Met ziekenhuizen binnen ons kernwerkgebied voeren we kwaliteitsbesprekingen en maken we verbeterafspraken die in de contracten worden opgenomen.

2.2.2.1 Stand van de wetenschap en praktijk

Welke medisch-specialistische zorg tot het basispakket behoort, staat in de Zvw. Voor de begrenzing van het basispakket geldt onder meer het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Zorg die hier niet aan voldoet, contracteren wij niet en kan niet bij ons worden gedeclareerd.

Samen Beslissen

Passende zorg komt samen met en rondom de patiënt tot stand. Daarom vragen wij zorgaanbieders zich aantoonbaar in te spannen om de processen 'Advance Care Planning' en 'Samen Beslissen' tijdig en structureel te integreren in alle segmenten. Dit vraagt om draagvlak en mogelijk om een herinrichting van het zorgproces. Voor de implementatie van Samen Beslissen binnen uw organisatie kunt u onder meer gebruikmaken van het landelijke programma Uitkomstgerichte Zorg (www.platformuitkomstgerichtezorg.nl) dat samen met de IZA-MSZ partijen onder het BO Kwaliteit vorm krijgt. Wij verwachten dat u patiënten voorziet van begrijpelijke informatie over hun opties voor diagnostiek, behandeling en vervolgzorg, de voor- en nadelen van een behandeling versus geen behandeling, wachtlijsten, zorgprogramma's en de financiële aspecten van hun zorgvraag. Hierbij heeft u oog voor de doelmatigheid van de geleverde zorg.

Kwaliteitsregistraties en transparantie van kwaliteit

De zorgaanbieder moet deelnemen aan alle wettelijk verplichte kwaliteitsregistraties en biedt inzicht in de eigen resultaten conform de afspraken die de brancheorganisaties MSZ maken in het Bestuurlijk Overleg Kwaliteit voor Passende MSZ, waar momenteel afspraken gelden over de verplichte aanlevering van indicatoren (inclusief realisatie op beroepsvolumenormen) die zijn opgenomen op de Transparantiekalender MSZ van het Zorginstituut Nederland. De zorgaanbieder treft voorbereidingen om te kunnen voldoen aan de op handen zijnde verplichting van het aanleveren van data aan kwaliteitsregistraties in het kader van de nog aan te nemen aanpassing op de Wet klachten kwaliteit gezondheidszorg (Wkkgz). Tevens spant de zorgaanbieder zich in om andere maatregelen uit het rapport Keuzenkamp te implementeren. Onder het BO Kwaliteit, waar IZA-MSZ-partijen aan deelnemen, wordt dit vormgegeven. De maatregelen zijn bedoeld om kosten en opbrengsten van kwaliteitsregistraties te optimaliseren.

De zorgaanbieder spant zich in om diens patiënten te verwijzen naar de kanalen van de patiëntenorganisaties, om een recensie achter te laten om zo het aantal geverifieerde reviews te laten toenemen.

2.2.2.2 Minimumnormen en selectieve inkoop

Minimumnormen

Zorgverzekeraars kopen alleen medisch-specialistische zorg in die voldoet aan de door de beroepsgroep bepaalde minimale volume- en kwaliteitsnormen. Dit gebeurt tijdens de contractering, maar ook achteraf met materiële en formele controles. Indien een zorgaanbieder constateert dat er zorg wordt geleverd die niet aan de norm voldoet, verwachten wij dat dit zo spoedig mogelijk aan ons wordt gemeld. Daarbij komt de zorgaanbieder met een plan waarin staat binnen welke termijn en op welke wijze deze wel aan de norm kan voldoen. Indien dit niet op een aanvaardbare termijn mogelijk is, dient de zorg overgedragen te worden aan een zorgaanbieder in de regio die wél aan de minimumnormen voldoet.

Selectieve inkoop

Vanaf 2026 stopt CZ groep met de selectieve inkoop voor infectieprothesiologie, schisis en Mohs-chirurgie. We blijven de externe kwaliteitsontwikkelingen kritisch in de gaten houden. Vanaf 2026 sluiten we in de overeenkomst aan bij de geldende kwaliteitsstandaarden, richtlijnen, (volume)normen en protocollen van de beroepsgroep.

Tranche 1 Concentratie en Spreiding

In elke regio maken zorgpartijen vóór 1 juli 2025 definitieve herverdelingsafspraken over welke interventies uit tranche 1 op welke locaties gaan plaatsvinden. Dat gebeurt op basis van consensus dan wel consent. Indien dat niet mogelijk blijkt, vindt herallocatie plaats door sturing middels de contractering door zorgverzekeraars, waarbij wordt gekeken welke instellingen op basis van de data van het afgelopen jaar voldoen aan de landelijk besloten volumenormen. Zorgverzekeraars nemen conform het IZA de volumenormen van tranche 1, zoals vastgesteld door de Ronde Tafels en in het voorjaar van 2025 gepubliceerd door het Zorginstituut, mee in de inkoop voor 2026. Als omwille van een zorgvuldige implementatie van de herverdeling van bepaalde interventies in een regio meer tijd nodig is, krijgen de desbetreffende regionale zorgpartijen daarvoor de tijd tot uiterlijk 1 januari 2027. Zorgverzekeraars handelen gelijkgericht ten aanzien van het verwerken van de implementatietermijnen van de interventies. Uiterlijk 15 september 2025 levert de regio een overzicht op waarin voor elk van de interventies onderbouwd staat beschreven per wanneer de herverdeling zal plaatsvinden. Deze onderbouwing wordt gedragen door de zorgaanbieders, de patiëntenvertegenwoordiging en de zorgverzekeraar die marktleider is.

2.2.3 Kosten van zorg

Voor het contract voor 2026 hanteren we de volgende financiële uitgangspunten:

- We hanteren in beginsel een zorgomzetplafond (inclusief doorleverplicht) met een combinatie van volume en prijs.
- De groei van de kosten van dure geneesmiddelen moet uit het beschikbare kader bekostigd worden.
- We stimuleren verdere digitalisering en telemonitoring onder bepaalde voorwaarden.
- De gevolgen van de verhoogde volumenormen vanuit de eerste tranche Concentratie & Spreiding worden verwerkt in de zorginkoopafspraken.
- Passende zorg moet leiden tot een efficiënter gebruik van schaarse zorgcapaciteit.
- Voor de beoordeling van ziekenhuisverplaatste zorg hanteren we een *toetsingskader*.
- We hanteren diverse benchmarks om prijsvergelijkingen te maken.
- De realisatiecijfers monitoren we periodiek via een vast format.
- De afgesproken zorgomzet verandert mee met de verzekerdenmutaties.
- We maken aanvullende inkoopafspraken als dat nodig is.

Enkele van deze uitgangspunten lichten we hieronder verder toe.

2.2.3.1 Zorgomzet en kavels

De afgesproken totale zorgomzet wordt verdeeld in kavels: MSZ Basisafpraak, Dure Niet-Planbare Zorg (DNPZ), overige kavels en/of dure geneesmiddelen (DGM). In de zorgovereenkomst wordt vastgelegd welke kavels van toepassing zijn. Per kavel is onderlinge substitutie mogelijk. Substitutie tussen kavels is niet toegestaan, tenzij dit expliciet anders is afgesproken en vastgelegd in de zorgovereenkomst.

Mochten er na de publicatie van dit zorginkoopdocument onverhoopt nog wijzigingen plaatsvinden, dan vindt u die op www.cz.nl/zorgaanbieder.

Basisverzekering / Aanvullende verzekering

De gemaakte financiële afspraken zijn alleen van toepassing op de zorg vanuit de basisverzekering. Onverzekerde zorg of zorg die wordt vergoed vanuit aanvullende verzekeringen, valt buiten de financiële afspraken en maakt dan ook geen deel uit van de afgesproken zorgomzet. Wel kunnen deze verrichtingen opgenomen worden in de VECOZO Prijslijst.

Verzekerdenmutaties

CZ groep kiest er ook in 2026 voor om de verzekerdenmutaties op basis van de Vektis-systematiek te verwerken in de afzonderlijke kavels, met uitzondering van DNPZ en ELD-KCL-MMB. Dit is conform de landelijke besluitvorming over de bepaling van de Vektis-verzekerdenmutatie.

2.2.3.2 Aanvullende zorginkoop

Voor 2026 kopen we regionaal en landelijk voldoende zorgaanbod in voor onze verzekerden. Hierbij gaan wij ervan uit dat de afgesproken zorgomzetplafonds passend zijn voor de hele zorgvraag en dat de zorgaanbieder ook patiënten in zorg blijft nemen als dit plafond bereikt wordt. In bijzondere gevallen en bij onvoorziene omstandigheden zijn we bereid om te bespreken of de afspraken onredelijk uitpakken voor een van de partijen en of onze zorgplicht (regionaal) in het gedrang komt. In dat geval kunnen we aanvullende afspraken maken, waarbij we de volgende voorwaarden hanteren:

- Er moet sprake zijn van een langer durende *regionale* overschrijding van de Treeknormen. (Als er binnen een regio voldoende zorg binnen de Treeknormen beschikbaar is, kan er geen bijcontractering worden aangevraagd. Zie ook paragraaf 2.2.3).
- De reguliere *zorgbemiddeling* leidt niet tot een oplossing van de situatie.
- De zorgaanbieder toont aan dat hij het afgesproken zorgomzetplafond op een redelijke manier gespreid heeft over het hele jaar en maakt aannemelijk dat het zorgomzetplafond wordt overschreden als er geen aanpassingen plaatsvinden.
- De zorgaanbieder moet een plan overleggen waarbij bijcontractering aantoonbaar bijdraagt aan een vermindering van de wachttijden.
- De mate waarin de werkelijke kosten toenemen, is van invloed op de hoogte van een eventuele aanvullende afspraak.

Het verzoek om bij te contracteren moet binnenkomen tussen 1 juli en 1 oktober 2026, zodat er voldoende tijd is verstreken sinds de initiële contractering én er nog voldoende tijd resteert om een effectieve bijdrage te kunnen leveren aan de oplossing van het probleem. Hiervan kunnen we afwijken als de omstandigheden dit rechtvaardigen. Het verzoek kan worden ingediend bij de vaste zorginkoper en wij reageren hier binnen vier weken op.

2.2.3.3 Benchmarks en volumeprognoses

De contractonderhandelingen worden vaak gekenmerkt door discussies over volume en prijs. Daarbij is het niet wenselijk dat er onduidelijkheid is over de gehanteerde (prijs)benchmarks en prognosecijfers. CZ groep beoordeelt de offertes voor 2026 aan de hand van prijsafspraken uit het verleden en andere ingediende offertes voor 2026. Primair zijn deze benchmarks gebaseerd op de gewogen gemiddelde prijzen per product. Deze kunnen vervolgens verbijzonderd zijn naar specifieke zorg, de regio of vergelijkbare instellingen (academisch, STZ-ziekenhuis, algemeen ziekenhuis of ZBC). Mochten zorgaanbieders behoefte hebben aan een verduidelijking van de methodiek die wij hanteren, dan verstrekken we die voor zover dat in lijn is met de wet- en regelgeving. Van de zorgaanbieders verwachten we dat zij ons informeren over de samenstelling van de offerte en de methodiek die zij hierbij hebben gebruikt voor benchmarks en volumeprognoses. Van ziekenhuizen verwachten we daarbij dat zij hun volumeprognoses ook tijdig aanleveren.

2.2.3.4 Ziekenhuisverplaatste zorg

CZ groep ondersteunt de ontwikkeling naar meer passende zorg, substitutie naar voorliggende voorzieningen en stepped-care-zorg. Tegelijkertijd vinden we dat de trend om zorg steeds meer in de thuissituatie te verlenen ook zijn grenzen kent. Deze grenzen vindt u in ons *toetsingskader Ziekenhuisverplaatste zorg*. Hierbij bekijken we de aspecten veiligheid, kwaliteit, kosten en toegankelijkheid.

We gaan graag met zorgaanbieders in overleg over de invulling hiervan. Bij een positieve beoordeling maken we vervolgsafspraken met deze zorgaanbieders. Daarbij gaan wij ervan uit dat alle soorten ziekenhuisverplaatste zorg binnen ons kernwerkgebied die opschaalbaar zijn en/of een bepaalde omvang hebben, het toetsingskader positief hebben doorlopen.

2.2.3.5 Complexe moleculaire diagnostiek

CZ groep wil gelijke toegang bieden tot kwalitatief goede en doelmatige (complexe) moleculaire diagnostiek, met daarbij een optimale behandeling voor alle verzekerden. Daarom werken we samen met partners in het veld aan de ontwikkeling van expertisecentra voor (complexe) moleculaire diagnostiek en aan een lerend zorgsysteem. Hierdoor wordt specifieke kennis gebundeld en via een (regionaal) netwerk gedeeld, wordt innovatie gestimuleerd en neemt de doelmatige inzet van middelen toe. Eerder hebben we dit al beschreven in onze visiedocumenten voor niet-kleincellig longcarcinoom en primaire tumor onbekend (PTO).

Voor moleculaire diagnostische testen die door een instelling worden uitgevoerd, geldt dat zij moeten voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk om in aanmerking te komen voor een vergoeding vanuit de basisverzekering. Voor de contractering van deze testen via de betreffende add-ons volgt CZ groep zo veel mogelijk de landelijke afspraken.

Om de kennis op het gebied van (complexe) moleculaire diagnostiek optimaal in te zetten en voor elke verzekerde beschikbaar te stellen, vindt CZ groep dat elk ziekenhuis in Nederland een samenwerkingsafpraak moet hebben met een Molecular Tumor Board (MTB) in een van de zeven academische centra of het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis. Sinds 2023 is voor het MTB een aparte betaaltitel (OZP) geïntroduceerd waarmee deze centra het advies rechtstreeks kunnen declareren.

2.2.4 Intramurale farmacie

De add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren binnen het medisch-specialistisch domein beschouwen we als een integraal onderdeel van het financiële kader voor MSZ. Voor deze dure geneesmiddelen verwachten we ook de komende jaren een sterke groei. CZ groep zet zich samen met zorgaanbieders in om verdringing van de medisch-specialistische zorg te voorkomen.

Zorgaanbieders binnen de medisch-specialistische zorg spelen een belangrijke rol bij het betaalbaar en toegankelijk houden van geneesmiddelen. Binnen het zorginkoopbeleid voor 2026 hanteren we hierbij vijf speerpunten:

- doelmatige uitgifte en inzet, waarbij samenwerkingen worden gestimuleerd;
- de best mogelijke zorg;
- toegang tot add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren;
- nacalculatie op basis van *shared risk* tegen reële tarieven;
- landelijke samenwerkingen.

2.2.4.1 Doelmatige uitgifte en inzet, waarbij samenwerkingen worden gestimuleerd

De zorgaanbieder voert een doelmatig beleid bij het inkopen én voorschrijven van geneesmiddelen. Daarbij wordt rekening gehouden met de kwaliteit en de betaalbaarheid binnen het medisch-specialistisch domein en daarbuiten. Daarover gaan we graag met de zorgaanbieder in gesprek. Wij verwachten een actieve bijdrage rondom:

- de inzet en acceptatie van goedkopere behandelvarianten (zoals biosimilars en generieke middelen);
- spillagereductie;
- dosisoptimalisatie/hybride dosering;
- het (versneld) implementeren van doelmatigheidsinterventies van onder andere Stichting Treatmeds;
- Samen Beslissen (waarbij rekening wordt gehouden met de uitkomsten, complicaties, patiëntvoorkeuren en behandelkosten).

2.2.4.2 De best mogelijke zorg

We willen onze verzekerden de best mogelijke behandelopties en uitkomsten kunnen garanderen. Ons uitgangspunt is: dichtbij als het kan, geconcentreerd als dat nodig is. Daarom maken we keuzes om bepaalde geneesmiddelen bij een bepaalde behandeling wel of niet in te kopen. Daarvoor baseren we ons onder meer op de adviezen vanuit het Zorginstituut, de CieBAG en de wetenschappelijke verenigingen. Verder moet bij het voorschrijven van geneesmiddelen adequate medisch-specialistische expertise aanwezig zijn voor een optimale behandeling.

2.2.4.3 Toegang tot add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren

We vinden het belangrijk dat geneesmiddelenfabrikanten nieuwe effectieve en veilige geneesmiddelen blijven ontwikkelen en deze in Nederland op de markt brengen. Hierdoor houden onze verzekerden toegang tot de best mogelijke behandeling. De toegang tot geneesmiddelen staat echter onder druk door de enorm oplopende zorgkosten. CZ groep blijft zich inzetten om samen met andere partijen naar constructieve en houdbare bekostigingsmodellen te zoeken, zodat onze verzekerden toegang houden tot de best mogelijke behandelingen.

2.2.4.4 Nacalculatie op basis van shared risk tegen reële tarieven

CZ groep beschouwt de kosten van dure geneesmiddelen als een onderdeel van het financiële kader voor MSZ. Omdat we het niet passend vinden om contractafspraken te maken waarin wij het volledige volumerisico dragen, introduceren we effectieve prikkels in de contractering. We zetten ons dan ook in om nacalculatieafspraken te maken volgens het principe 'shared risk en shared responsibility'. Daarmee willen we partijen blijven uitdagen om continu efficiënt en doelmatig te handelen bij het inkopen en voorschrijven van geneesmiddelen.

In 2026 hanteren we een referentieprijzlijst. Voor een deel van de geneesmiddelen gelden vaste referentieprijzen, waarbij geen afrekening plaatsvindt op inkooptarieven. Daarnaast passen we linear pricing toe om irreële kosten te voorkomen. Hierbij gaan we uit van de laagste prijs per eenheid. De referentieprijzlijst 2026 en de bijbehorende afrekeningsystematiek hanteren we als uitgangspunt om voor nacalculatie in aanmerking te komen.

Uiterlijk in oktober delen we de voorlopige referentieprijzlijst met de zorgaanbieders.

2.2.4.5 Landelijke samenwerkingen

CZ groep neemt deel aan de gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen via ZN. Deze inkoop is in lijn met de leidraad van de ACM. Daarnaast bevorderen we de doelmatige inzet van geneesmiddelen en de kwaliteit van de geneesmiddelenzorg via Stichting Treatmeds. Deze stichting richt zich via volumereductie en alternatieven met lagere prijzen op een verbetering van de doelmatigheid en kwaliteit binnen de geneesmiddelenzorg.

2.2.5 Eerstelijnsdiagnostiek

Het zorginkoopbeleid Eerstelijnsdiagnostiek (ELD) van 2025 wordt in 2026 voortgezet en bevat de volgende onderdelen:

- de eerstelijns functieonderzoeken;
- de eerstelijns laboratoriumonderzoeken pathologie, klinische chemie en medische microbiologie;
- de eerstelijns beeldvormende diagnostiek;
- de eerstelijns nucleaire onderzoeken.

De ELD-offertes beoordelen we aan de hand van onze maximumtarieven. Ook wanneer de ELD deel uitmaakt van de ziekenhuiss offerte moet deze uiterlijk op 1 oktober worden ingediend. Voor 2026 stelt CZ groep een nieuwe lijst met maximumtarieven op voor ELD. Deze lijst is vanaf 1 juni op te vragen via eerstelijnsdiagnostiek@cz.nl. Meer informatie over de inkoop van eerstelijnsdiagnostiek vindt u in het [zorginkoopbeleid Eerstelijnsdiagnostiek](#).

2.2.6 Integrale geboortezorg

CZ groep blijft het integraal leveren van geboortezorg stimuleren. Ook op plaatsen waar (nog) geen afspraken voor integrale bekostiging zijn gemaakt, moet een verdere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn plaatsvinden om de toegankelijkheid nu en in de toekomst te garanderen. Wij vragen de ziekenhuizen om het gesprek aan te gaan met de eerstelijns verloskundigen binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) en initiatieven voor verdere samenwerking en een verschuiving van zorg gezamenlijk te verkennen. Voor meer informatie verwijzen we u graag naar het [zorginkoopbeleid Geboortezorg 2026](#).

2.2.7 Zelfstandige behandelcentra (ZBC's)

Bij het zorginkoopbeleid voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's) houden we oog voor het benutten van kansen en het beheersen van risico's. We zien kansen door de hoge patiënttevredenheid en de hoge arbeidsproductiviteit van ZBC's, en ook voor nieuwe initiatieven die de efficiëntie van de zorg kunnen verhogen. Aan de andere kant zien we ook risico's bij een grote omvang van ZBC's, zoals het productiegedreven karakter en het hieraan gekoppelde verlies aan zorgcapaciteit bij ziekenhuizen. Dit geldt vooral voor patiënten met meervoudige en complexe zorgvragen, wat ook de financiële gezondheid van de omliggende ziekenhuizen onder druk zet.

We zien de afgelopen jaren een sterke groei van de ZBC's. Dit benadrukt hun snelle ontwikkeling en populariteit binnen het zorglandschap. Ons zorginkoopbeleid voor ZBC's is gebaseerd op drie kernpunten: passende zorg, toegankelijkheid en efficiëntie. Passende zorg betekent dat de zorg voldoet aan de behoeften van de patiënt en de actuele standaarden van de beroepsgroep. Toegankelijkheid houdt in dat de zorg gemakkelijk bereikbaar en beschikbaar is voor patiënten. Efficiëntie heeft betrekking op het leveren van kosteneffectieve zorg.

Bij de bepaling van de positie van ZBC's in het zorglandschap hanteren wij deze drie criteria gezamenlijk. Daarbij streven we bij de contractering naar een balans tussen de afzonderlijke componenten, omdat een focus op één aspect ten koste kan gaan van de andere. Daarbij kijken we vooral naar de regionale context en de regionale problematiek.

2.2.8 Revalidatiezorg, trombosediensten, audiologische centra, zintuiglijk gehandicaptenzorg en ambulancezorg

2.2.8.1 Revalidatiezorg

CZ groep koopt zorg in die van toegevoegde waarde is voor de patiënt en die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze zorg moet ook voldoen aan de randvoorwaarden uit het algemene beroepskader voor de revalidatiezorg, de actuele behandelkaders en de zorgstandaarden voor de specifieke doelgroepen. Complex Chronisch Longfalen (CCL) kopen wij daarom enkel in bij instellingen die voldoen aan de criteria die de beroepsgroep (NVALT) stelt.

Op dit moment onderzoekt het Zorginstituut Nederland of de inzet van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatiezorg (iMSR) bij chronische pijn voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een nieuw standpunt wordt medio juli verwacht. Voldoet deze zorg niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, dan behoort deze niet tot de inkoopafspraken zoals beschreven in paragraaf 2.2.2.1.

Het IZA, waaronder ook de medisch-specialistische revalidatiezorg valt, benadrukt dat de zorg moet veranderen om ook in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed te blijven. Ook in de revalidatiesector blijft de zorgvraag immers toenemen en wordt de zorg complexer, terwijl ook hier de beschikbare personele capaciteit onder grote druk staat. Daarom zijn er structurele aanpassingen nodig om de zorg toegankelijk te houden. Nieuwe mogelijkheden voor meer passende zorg, meer digitalisering en een betere afstemming met partners in de regionale zorgketen moeten daarom verder onderzocht worden. Natuurlijk moeten we hier het beschikbare potentieel voor verdere doelmatigheid bij betrekken. Aan de hand van declaratiegegevens zien wij een aanzienlijke praktijkvariatie bij de inzet en de duur van de behandelingen tussen de revalidatie-instellingen. Wij gaan hier graag over in gesprek om meer transparantie te krijgen en afspraken te maken die een bijdrage leveren aan een betere toegankelijkheid en betaalbaarheid.

2.2.8.2 Trombosediensten

De trombosediensten zitten nog steeds in een fundamentele transitie. De toenemende inzet van nieuwe medicatie (DOAC's) vraagt om een andere positie van de trombosedienst binnen de keten. Daar kunnen ze langs verschillende wegen komen. De afgelopen jaren hebben we gezien dat veel zelfstandige trombosediensten gekozen hebben voor een bovenregionale opschaling met één of meer trombosediensten of huisartsenlaboratoria, óf dat de regionale dienstverlening is voortgezet onder de vlag van een ziekenhuis. CZ groep vindt deze ontwikkeling cruciaal om de dienstverlening van de trombosediensten toekomstbestendig te houden. We houden de ontwikkelingen nauwlettend in de gaten. Daarbij sturen we actief op initiatieven voor mogelijke transities, waarbij de continuïteit, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg vooropstaan.

2.2.8.3 Audiologische centra

Steeds meer mensen krijgen te maken met gehoorproblemen. Om de vraag binnen de landelijke groeikaders op te kunnen vangen, wordt een doelmatige regionale inbedding van de audiologische zorg steeds belangrijker. Bij de zorginkoop besteden we dan ook nadrukkelijk aandacht aan de onderlinge verschillen tussen aanbieders op basis van relevante benchmarkgegevens. CZ groep stuurt op substitutie naar de audicien, waarbij de meest actuele veldnorm in deze sector het uitgangspunt is. Het audiologisch centrum richt zich op de complexe(re), multidisciplinaire audiologische zorgvraag, die past binnen de aanspraak van de medisch-specialistische zorg. De zorg die audiologische centra verlenen, moet voldoen aan de algemene beroeps- en behandelkaders voor de audiologische zorg en de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC).

2.2.8.4 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

De zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG-zorg) omvat multidisciplinaire derdelijns zorg voor mensen met een visuele of auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis. CZ groep koopt voor zintuiglijk gehandicapten zorg in die toegankelijk, effectief en doelmatig is. Deze zorg wordt zo dicht mogelijk bij de verzekerden geleverd, waarbij zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van digitale zorgtoepassingen.

2.2.8.5 Ambulancezorg

De zorg voor patiënten die zijn aangewezen op medisch geïndiceerd liggend ambulancevervoer, wordt in representatie ingekocht bij de 25 Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Wij monitoren hun prestaties nauwgezet en bespreken de resultaten periodiek in het Lokaal Overleg. We hebben verbeterafspraken gemaakt met alle RAV's die niet voldoen aan de norm van '95% van het spoedvervoer (A0 en A1) binnen 15 minuten ter plaatse' en waarbij wij de representerende verzekeraar zijn. Daarbij hebben we een tijdpad afgesproken om de prestaties op het gewenste niveau te brengen. Zo nodig maken we nieuwe verbeterafspraken.

2.2.9 Buitenland

CZ groep sluit al jaren contracten met ziekenhuizen in de grensregio's met België en Duitsland.

België

In België worden de overeenkomsten gesloten tussen drie partijen. Naast CZ groep en het ziekenhuis is de Christelijke Mutualiteit de derde contractpartij. Hiermee zijn de Belgische tariefs- en kwaliteitsafspraken geborgd. Door afspraken te maken over de maximale zorgomzet zorgen we ervoor dat het in Nederland afgesproken bestuurlijk hoofdlijnenakkoord niet leidt tot een weglekeffect naar het buitenland. Verder maken we net als in Nederland bij specifieke aandoeningen waardegedreven zorgafspraken. Ook gelden dezelfde normen voor de zorg waarvoor de Nederlandse (en/of Belgische) wetenschappelijke beroepsverenigingen van medisch specialisten minimale volume- en kwaliteitsnormen hebben vastgesteld (zie paragraaf 2.2.2.3).

Wélke zorg we in het ziekenhuis willen contracteren, bepalen we jaarlijks opnieuw. Dit doen we aan de hand van onder meer onze zorgplicht en het zorginhoudelijke beleid, waaronder de hierboven genoemde minimumnormen. Het gesprek hierover voeren we vóór 1 november met het ziekenhuis.

Duitsland

In Duitsland liften we mee op de contracten die de AOK Hamburg-Rheinland met de ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten heeft gesloten. Via hun internationale zorgpas kunnen verzekerden van CZ groep gebruikmaken van de ziekenhuiszorg in de Duitse grensregio.

2.2.10 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 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;
- in hun jaarverslag of duurzaamheidsverslag rapporteren over hun duurzaamheidsprestaties voor zover beschikbaar bij de zorgaanbieder;
- aantoonbaar voortgang boeken op de uitvoering van het mobiliteitsplan ^[2] gericht op terugdringen CO₂-emissie tgv vervoerbewegingen van medewerkers via de beschikbare rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit ^[3] (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).

We verwachten van zorgaanbieders dat ze zich inspannen om bij te dragen aan de acties uit de uitvoeringsplannen van de GDDZ 3.0 van respectievelijk de NVZ en NFU. ^[4] Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider-zorgverzekeraar, gaan met ziekenhuizen in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit de uitvoeringsplannen van de NVZ/NFU, na afstemming met de NVZ en de NFU. ^[5]

- 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. 1996-2020; ^[6] ^[7]

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

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

3 Rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit

4 Het uitvoeringsplan van de NFU is te vinden op de website van de NFU.

5 De beoogde (kwantitatieve) resultaten qua verduurzaming die in de focuspunten zijn opgenomen, zijn een-op-een overgenomen uit de GDDZ 3.0.

6 In de cure varieert het referentiejaar tussen 1996 en 2020 (zie de voetnoot op pagina 6 van de GDDZ 3.0.).

7 Conform de afspraken in de GDDZ 3.0.

- 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);⁷
- Aantoonbare uitvoering gegeven aan een eigen plan van aanpak voor het terugdringen van medicijnverspilling en overtollig medicijngebruik (mede) opgesteld op basis van door de NVZ en NFU^[1] geselecteerde bewezen effectieve interventies; we vragen daarnaast speciaal aandacht voor geneesmiddelen met een lagere milieu- of klimaatimpact zoals het bevorderen van het gebruik van poederinhalatoren i.p.v. dosis-aerosolen in verband met het sterke broeikaseffect van dosis-aerosolen of andere voorbeelden die meer impact maken;
- Bijdragen aan het vervangen van disposables door reusables of door disposables van hernieuwbare grondstoffen gericht op het sectorbrede doel van minimaal 20% van de gebruikte hulpmiddelen in 2026;^{[2] [3]}
- 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;⁷
- Implementatie van ten minste 2 nieuwe groene initiatieven in 2026 uit de lijst die zorgverzekeraars gepubliceerd hebben^[4] of initiatieven uit een andere bron met bewezen positief effect op klimaat en/of milieu, zoals uit het programma Samen de zorg vergroenen, met een positieve of neutrale businesscase.

Milieuthermometer Zorg

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.

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.

2.3 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 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.

1 De werkgroep Medicijnen van de NVZ en de werkgroep Thema 5 van de NFU.

2 Hierbij is het doel om 20% minder primaire grondstoffen te gebruiken.

3 Hierbij kan de door de UMC's gepubliceerde top 20 van medische disposables behulpzaam zijn. [rapport-nfu-project-disposables-20240813.pdf](#)

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

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.

2.3.2 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. 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.

2.4 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 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
Fase 1: Publiceren van het zorginkoopbeleid 2026 (CZ groep)	Uiterlijk 1 april 2025
Fase 2: De zorgaanbieder deelt zijn strategische beleid met de zorgverzekeraar of verwijst naar de plek waar deze informatie te vinden is (zorgaanbieder)	Uiterlijk 1 juni 2025
Fase 3: Indienen van onderdelen van de offerte die niet onlosmakelijk verbonden zijn aan in september beschikbaar komende (financiële) informatie* (zorgaanbieder) Delen van de overeenkomst die geen financiële afspraken bevatten, zijn op te vragen bij uw vaste zorginkoper	Uiterlijk 1 september 2025 Vanaf 15 september 2025
Fase 4: Indienen van de offerte (inclusief eerstelijnsdiagnostiek) in het VECOZO Zorginkoopportaal ** (zorgaanbieder)	Uiterlijk 1 oktober 2025
Fase 5: Beoordelen van de offerte en start van de onderhandelingen (CZ groep)	Uiterlijk 15 oktober 2025
Fase 6: Afronden van de onderhandelingen en formele vastlegging van de voorwaarden en financiële afspraken (zorgaanbieder en CZ groep)	Uiterlijk 1 november 2025
Fase 7: Publicatie van het zorgaanbod (CZ groep)	Uiterlijk 12 november 2025

* Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de omvang van de volumeontwikkeling en de inrekening van de groei van dure geneesmiddelen.

** Voor fase 3 en 4 gelden voor nieuwe zorgaanbieders andere termijnen (zie tekst bij Nieuwe zorgaanbieders hieronder).

Wij moeten op 12 november van ieder kalenderjaar ons gecontracteerde aanbod publiceren. Als u in aanmerking wilt komen voor een overeenkomst, verwachten wij dat u zich houdt aan de termijnen van het contracteerproces. We willen uiterlijk op 1 november overeenstemming bereiken over de overeenkomst voor 2026.

Toelichting op de fases binnen het contracteerproces:

Fase 1

Met de publicatie van het zorginkoopdocument Medisch-Specialistische Zorg geven wij het startsein voor het zorginkooptraject voor 2026. Dit document plaatsen wij uiterlijk op 1 april op www.cz.nl/zorgaanbieder.

Fase 2

Graag vernemen wij het strategische beleid van de ziekenhuizen met daarbij een concrete toelichting op de manier waarop zij hun maatschappelijke opgave invullen en werken aan de verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Uiterlijk op 1 april informeren wij de ziekenhuizen dat wij dit strategische beleid uiterlijk op 1 juni willen ontvangen.

Fase 3

We willen tijdig alle offertes kunnen beoordelen, besprekingen met zorgaanbieders voeren en alle afspraken vastleggen. Doordat de wettelijke indieningstermijn voor de volledige offerte is verlegd naar 1 oktober is de periode om vóór 1 november tot overeenstemming te komen kort. Daarom vragen wij de zorgaanbieders om ons alvast alle relevante informatie voor te leggen die niet verbonden is met de informatie die landelijk vrijkomt in september (vooral op Prinsjesdag). (Deel I en Deel IIA zijn vanaf 15 september op te vragen bij uw vaste zorginkoper.)

Fase 4

We willen tijdig alle offertes kunnen beoordelen, besprekingen met zorgaanbieders voeren en alle afspraken vastleggen. Daarom moet uw offerte uiterlijk op 1 oktober bij ons binnen zijn. De offerte moet worden voorzien van een adequate en inhoudelijke toelichting op punten die redelijkerwijs nodig zijn voor de start van de onderhandelingen (waaronder de gehanteerde methodiek voor benchmarks en volumeprognoses). U kunt de offerte

indienen via het VECOZO Zorginkoopportaal. In voorkomende gevallen behouden wij ons het recht voor om zelf met een voorstel te komen. Zorgaanbieders die voor 2025 een zorgomzetplafond van minder dan € 2,5 miljoen hebben, ontvangen van CZ groep een aanbod vóór 1 september (met uitzondering van de zorgsoorten revalidatie, genderzorg en hyperbare geneeskunde). Voor deze zorgaanbieders zijn fase 3, 4 en 5 niet van toepassing. Het contact voor deze zorgaanbieders loopt via msz-zbc@cz.nl.

Fase 5

Na het indienen van de offertes beginnen de onderhandelingen. Om de regionale besprekingen tijdig te kunnen starten, moet elke zorgaanbieder zich aan de termijnen houden. Is uw offerte tijdig bij ons binnen, dan beoordelen wij die en nemen we contact met u op. Op dat moment maken wij nadere afspraken over de vervolprocedure.

Fase 6

We willen uiterlijk op 1 november overeenstemming bereiken voor 2026 en alle afspraken vastleggen in een overeenkomst.

Fase 7

Uiterlijk op 12 november informeren wij onze verzekerden over de instellingen voor medisch-specialistische zorg die wij voor 2026 hebben gecontracteerd.

Nieuwe zorgaanbieders

Voor nieuwe zorgaanbieders geldt een aanvulling voor fase 3 en 4. Zij moeten een vragenlijst en een businesscase indienen (zie bijlage 1). De vragenlijst wordt beschikbaar gesteld via het e-mailadres msz-zbc@cz.nl. Nieuwe zorgaanbieders kunnen een verzoek tot toezending van de vragenlijst kenbaar maken via dit e-mailadres, waarna zij deze vragenlijst per mail retour ontvangen. Daarnaast stuurt u voor 2026 ook een offerte in termen van p x q. De ingevulde vragenlijst, de businesscase en de offerte kunt u **tot uiterlijk 15 juni indienen**. Wij beoordelen de stukken en nemen indien nodig contact met u op voor aanvullende informatie. Uiterlijk op 1 september laten wij weten of u in aanmerking komt voor een overeenkomst en of wij dus het onderhandelingstraject met u ingaan.

Technische aspecten van de indiening van de offerte voor 2026

De hele offerte moet in termen van p x q worden ingediend. Dat doet u via het VECOZO Zorginkoopportaal (tenzij u een ZG-instelling bent, zie boven). Bij de offerte voegt u een apart document toe met een toelichting. Naast de overige verrichtingen kunnen andere kosten (zoals voor kwaliteitsregistraties of hulpmiddelen) niet apart in rekening worden gebracht.

Natuurlijk bevat uw offerte uitsluitend de zorg die u mag leveren volgens uw (WBMV-)vergunning en die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en de minimumnormen die zijn gesteld door de beroepsgroepen.

Basisverzekering (14- en 15-codes) versus aanvullende verzekering (16- en 17-codes)

De zorg waarvoor een vergoeding geldt vanuit een aanvullende verzekering maakt geen deel uit van de totale zorgomzet die we overeenkomen. Toch willen wij voor onze verzekerden prijsafspraken maken voor deze zorg. Wij vragen zorgaanbieders daarom om bij het indienen van de offerte ook prijsvoorstellen voor de 16- en 17-codes aan te leveren. We verwachten hierbij geen volumevoorstellen. Bij voorkeur maken we gelijke prijsafspraken voor verzekerde en niet-verzekerde zorg. De prijzen mogen bij contractering echter niet hoger zijn dan bij niet-contractering.

3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk op 12 november 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

- Algemene vragen over de contractering kunt u mailen naar rz.ziekenhuizen@cz.nl.
- Voor specifieke vragen over de contractering kunt u contact opnemen met uw vaste zorginkoper.
- Vragen over contracten voor ZBC's kunt u mailen naar msz-zbc@cz.nl.
- Vragen over declareren kunt u mailen naar ziekenhuizen@cz.nl.
- Meer informatie vindt u op www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/medisch-specialistische-zorg.

Wij doen ons uiterste best om binnen twee weken een inhoudelijke reactie te geven op uw vragen en opmerkingen. Mocht dit niet lukken, dan geven we aan waardoor dit niet lukt en op welke termijn u wél een inhoudelijke reactie kunt verwachten. Dit verwachten wij ook van u.

Bijlage 1 Voorwaarden voor een contract voor 2026

Algemeen

- De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Een instelling zoals bedoeld in de Wtza moet beschikken over een vergunning voor het verlenen van medisch-specialistische zorg. Hij heeft ook alle andere registraties die vereist zijn voor het verlenen van deze zorg.
- De zorgaanbieder beschikt over een geldig inschrijfnummer in het handelsregister van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz (Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg).
- Het medisch en paramedisch personeel van de zorgaanbieder is BIG-geregistreerd.
- De zorgaanbieder beschikt over een geldige AGB-code voor het leveren van de zorg.
- De zorgaanbieder beschikt over een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem, al dan niet als integraal onderdeel van een kwaliteitskeurmerk.
- De zorgaanbieder neemt deel aan relevante uitvragen van de IGJ en kwaliteitsindicatoren zoals opgenomen in de Transparantiekalender.

Zorg

- Het zorgaanbod van de zorgaanbieder is grotendeels gericht op zorg vanuit de Zvw.
- De zorgaanbieder levert kwalitatief verantwoorde zorg die klantgericht en doelmatig wordt verleend naar de stand van de wetenschap en praktijk.
- De zorgaanbieder werkt met zorgpaden, inclusief voor- en nazorg.
- De zorgaanbieder en de zorg die hij verleent, voldoen aan alle eisen die de wet- en regelgeving hieraan stellen.

Specifieke eisen voor ZBC's

- Bij de ZBC zijn minimaal twee medisch specialisten werkzaam met een gezamenlijk dienstverband van ten minste 1,3 fte.
- Bij nachtelijk verblijf zijn minimaal twee verpleegkundigen aanwezig.
- De zorgaanbieder heeft een schriftelijke achterwachting met één of meer ziekenhuizen.
- De zorgaanbieder heeft een schriftelijke afspraak met een ziekenhuis in diens regio over de tijdige opvang van patiënten bij calamiteiten, complicaties of doorverwijzing.
- Deze schriftelijke afspraak is (mede) ondertekend door een tekenbevoegd persoon van het ziekenhuis in de regio van de zorgaanbieder.
- De zorgaanbieder beschikt over een 24/7 bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdienst voor de eerste opvang met deskundig, BIG-geregistreerd personeel. Dat personeel handelt bij problemen adequaat en kan 24/7 een medisch specialist oproepen die de patiënt binnen één uur kan zien.
- De zorgaanbieder heeft een regeling voor achterwacht en waarneming.
- De zorgaanbieder beschikt over een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem, zoals een ZKN-certificering, Qualicor of vergelijkbaar.

Zorgaanbieders moeten over de benodigde documenten beschikken en deze kunnen overleggen als CZ groep daarom vraagt.

Bovenstaande eisen zijn bepalend voor de vraag of u in aanmerking komt voor een overeenkomst. Daarnaast gelden de randvoorwaarden in dit zorginkoopdocument als minimeisen op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid.

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.

Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders kunnen ons een offerte sturen om kenbaar te maken dat zij in aanmerking willen komen voor een overeenkomst. In hoofdstuk 3 vindt u meer informatie over de manier waarop u dit kunt doen en de termijnen die wij hiervoor hanteren.

Nieuwe zorgaanbieders

We gaan ervan uit dat wij voldoende zorg kunnen inkopen bij onze bestaande zorgaanbieders. Wilt u als nieuwe zorgaanbieder in aanmerking komen voor een overeenkomst, dan beoordeelt CZ groep uw businesscase. Dit doen we aan de hand van de volgende voorwaarden:

- U voldoet aan de hierboven genoemde voorwaarden (Algemeen, Zorg en Specifieke eisen voor ZBC's).
- U heeft in voorgaand behandeljaar (2024) een zorgomzet van ten minste € 250.000,- behaald aan door CZ groep uitbetaalde zorgdeclaraties.
- U heeft een aantoonbare meerwaarde of biedt een duidelijke innovatie ten opzichte van het bestaande gecontracteerde zorgaanbod.

CZ groep behoudt zich het recht voor om geen overeenkomst te sluiten met nieuwe zorgaanbieders als we voldoende zorg hebben ingekocht om aan onze zorgplicht te voldoen.

Nieuwe zorgaanbieders dienen een vragenlijst in te vullen. De vragenlijst wordt beschikbaar gesteld via het e-mailadres msz-zbc@cz.nl. Nieuwe zorgaanbieders kunnen een verzoek tot toezending van de vragenlijst kenbaar maken via dit e-mailadres, waarna zij deze vragenlijst per mail retour ontvangen.

Naast algemene informatie over de organisatie, het zorgaanbod en de minimumeisen, vragen wij ook informatie over de volgende uitgangspunten om te kunnen beoordelen of er sprake is van aantoonbare meerwaarde:

- De zorgaanbieder werkt niet aanbod- maar vraaggericht met de nadruk op passende zorg.
- De zorgaanbieder biedt ketenzorg.
- De zorgaanbieder heeft de juiste registraties, keurmerken en toelatingen.
- De zorgaanbieder biedt voldoende continuïteit van zorg, in het bijzonder bij nazorg en complicaties.
- De praktijkruimten en (verblijfs)faciliteiten zijn op de juiste manier toegerust.

Om de meerwaarde of innovatie aan te tonen, stuurt u met de aanvraag een businesscase mee. Daarin komen in ieder geval het zorgaanbod, de transparantie over de kwaliteit, de efficiëntie van de organisatie en de doelmatigheid aan bod. In hoofdstuk 3 vindt u meer informatie over de manier waarop u dit kunt doen en de termijnen die wij hiervoor hanteren.

ZBC's nemen binnen de medisch-specialistische zorg een bijzondere positie in. Vaak zijn het instellingen met een beperkt, gespecialiseerd zorgaanbod in een beperkte setting. Door specialisatie, standaardisatie en innovatie kunnen deze behandelcentra zich onderscheiden van ziekenhuizen op het gebied van doelmatigheid en vernieuwing van de zorg. Het aanbieden en inkopen van zorg in deze behandelcentra brengt echter ook risico's met zich mee. Door het ontbreken van een breed zorgaanbod, is de continuïteit van de zorg een bijzonder aandachtspunt. Het gaat hierbij om continuïteit in brede zin: van de organisatie van de zorgketen tot de bereikbaarheid en beschikbaarheid bij complicaties. Bovendien hebben niet alle centra bij aanvang een inspectierapport en een certificering (een keurmerk dat de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg borgt). Bij de contractering schenken wij dan ook aandacht aan deze punten.