

Huisartsenzorg en MDZ 2026

Zorginkoopbeleid CZ

Inhoudsopgave

Huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en O&I	2
1. Visie van CZ groep op de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg	3
1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave	3
1.2 Visie op de sector	3
2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	5
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026	5
2.2 Inhoudelijk beleid	7
2.3 Transformatie en samenwerking	15
2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	17
3. Proces contractering 2026	18
3.1 Tijdpad	18
3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	18
3.3 Bereikbaarheid	19

Huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en O&I

Zorginkoopbeleid

laatste update 31-3-2025

Voorwoord

De komende jaren staan we voor de maatschappelijke uitdaging om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden voor iedereen. De toegankelijkheid en continuïteit van onze zorg zijn niet langer vanzelfsprekend. Daarom moeten we de zorg in Nederland anders inrichten, zodat die toekomstbestendig blijft. Dit vraagt om een herinrichting en een andere organisatie van het zorglandschap. Dat blijkt ook uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de Visie eerstelijnszorg 2030. De nadruk moet komen te liggen op meer samenredzaamheid en daarmee op het voorkomen of afbuigen van de zorgbehoeften van mensen. We moeten maatregelen die tijd besparen sneller invoeren en opschalen, bijvoorbeeld door de inzet van digitale toepassingen. Daarnaast is het belangrijk om de beschikbare capaciteit te behouden en optimaal in te zetten.

De huisartsenzorg heeft te maken met vele uitdagingen en staat al enige tijd onder druk door de alsmaar groeiende kloof tussen de zorgvraag en het zorgaanbod. CZ groep herkent de uitdagingen voor huisartsen en de omvang van de problematiek, die niet door partijen afzonderlijk kan worden opgelost. De komende jaren willen we daarom de samenwerking in de eerste lijn blijven versterken, zodat de huisartsenzorg beschikbaar blijft voor iedereen. Met dit zorginkoopdocument schetsen wij de kaders en onze visie op de huisartsenzorg, de multidisciplinaire zorg (MDZ) en de organisatie en infrastructuur (O&I).

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 huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg

1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave

De huisarts vervult een centrale rol in de eerstelijnszorg en daarmee in het totale zorgsysteem. De huisartsenzorg heeft te maken met vele uitdagingen en de toegankelijkheid staat onder druk. De alsmaar groeiende zorgkloof is hier extra voelbaar. De huisartsenzorg wordt belast met extra organisatie en administratie door de toenemende zorgvraag, de arbeidsmarktproblematiek, de verschuiving van zorg naar de eerste lijn en de coördinerende en samenwerkende rol in het netwerk rondom de patiënt. Steeds meer huisartsenpraktijken hanteren daarom een patiëntenstop en er zijn steeds meer opvolgingsproblemen. Hierdoor hebben mensen moeite om zich in te schrijven bij een huisartsenpraktijk in hun eigen woonplaats. Zorgverzekeraars hebben een rol om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. In het IZA zijn afspraken gemaakt om de zorg te transformeren waardoor goede, passende en duurzame toegang tot zorg wordt geborgd. We staan voor de opgave om de eerstelijnszorg toegankelijk te houden en deze goed aan te laten sluiten op het sociaal domein. De Visie eerstelijnszorg 2030 gaat ons helpen om hier vanuit een gedeeld belang samen de verantwoordelijkheid voor te nemen.

1.2 Visie op de sector

CZ groep herkent de uitdagingen van huisartsen en ziet dat de complexiteit van de problematiek groot is. Het aantal mensen dat niet op naam van een huisartsenpraktijk kan worden ingeschreven in de eigen woonplaats neemt toe. Het is cruciaal dat het aantal huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie toeneemt, zodat samenwerking in de wijk en de regio tot stand kan komen en de toegang wordt vergroot. Om goede huisartsenzorg toegankelijk en betaalbaar te houden zet CZ groep zich in voor toekomstbestendige huisartsenzorg. Dit vraagt om een combinatie van veranderingen die verdergaat dan de huidige maatregelen.

Kijkend naar 2030 zien we dat huisartsenzorg voor onze verzekerden er anders uit gaat zien. Om de zorgkloof tussen vraag en aanbod te verkleinen, moet het patiëntenpad van de toekomst anders worden ingericht. De zorg wordt doelmatiger, zelfstandiger en efficiënter doordat we ons richten op de juiste zorg op de juiste plek, meer inzet van zelfzorg, digitalisering en samenwerking tussen zorgaanbieders. Dit leidt tot minder werkdruk voor de huisarts en meer tijd voor de patiënt.

Het patiëntenpad is vormgegeven op basis van de verschillende behoeftes, de gezondheid en de vaardigheden van patiënten (zie onderstaande afbeelding):

- De spoedpatiënt heeft directe toegang tot medische hulp.
- De kwetsbare/chronische patiënt kan direct telefonisch contact opnemen, heeft een vaste huisarts en krijgt digitale ondersteuning, zoals telemonitoring.
- De zelfstandige patiënt krijgt via een digitale voordeur passende zelfzorg, en virtuele zorg en ondersteuning, en heeft waar nodig fysiek contact met de huisarts.
- De overige zorg- en welzijnsvragen (zonder directe relatie met de huisartsenzorg) komen direct bij de juiste aanbieder terecht, en niet eerst bij de huisarts. Dit is in lijn met de afspraken in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

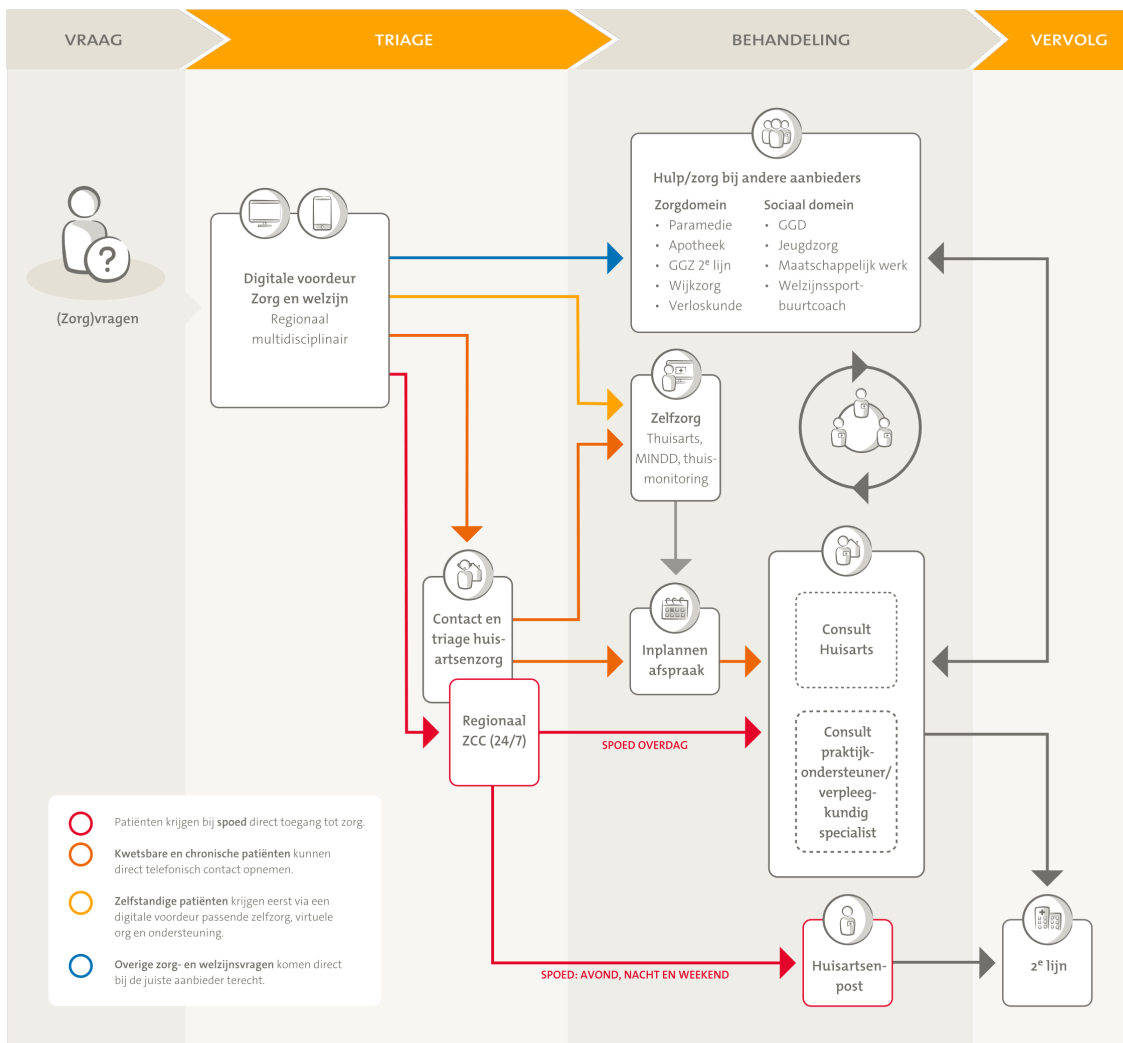
Deze paden worden ondersteund door:

- digitalisering (digitale voordeur, data-uitwisseling, digitaal contact);
- meer zelfzorg (door digitale modules, ondersteuning);
- de juiste zorg bij juiste hulpverlener (zowel multidisciplinair binnen de wijk als binnen de huisartsenzorg met praktijkondersteuners).

De patiënt krijgt en houdt daardoor toegang tot passende (huisartsen)zorg.

Visie op huisartsenzorg

Om de kloof tussen vraag en aanbod te verkleinen, moeten we het patiëntenpad van de toekomst anders inrichten.



2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026

De toegankelijkheid van de huisartsenzorg staat steeds meer onder druk. Om goede huisartsenzorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zet CZ groep zich in voor een toekomstbestendige organisatie daarvan. Onze prioriteit ligt bij het toegankelijk houden van deze zorg. Dat vraagt om een combinatie van veranderingen die verdergaat dan de huidige maatregelen. We zien drie belangrijke thema's voor toekomstbestendige huisartsenzorg, met veranderkracht als randvoorwaarde:

- het voorkomen van onnodige vraag naar huisartsenzorg;
- het anders organiseren van de zorg;
- het versterken van het zorgaanbod.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid voor 2026 en 2027

CZ groep biedt een tweejarige overeenkomst Huisartsenzorg en overeenkomst Multidisciplinaire zorg (MDZ) en organisatie en infrastructuur (O&I) aan voor 2026 en 2027. Dit zijn de belangrijkste wijzigingen in ons zorginkoopbeleid:

- De voorwaarden voor de overeenkomst MDZ en O&I zijn aangescherpt (zie paragraaf 2.1.2).
- De termijnen en het tijdpad voor de contractering van MDZ en O&I zijn in lijn gebracht met de 'Handvatten contractering en transparantie gecontracteerde zorg' van de NZa. Daarmee willen we de contractering soepeler en sneller laten verlopen, zodat wij op 12 november ons gecontracteerde aanbod kunnen publiceren.
- Onze prioriteit ligt bij het toegankelijk en toekomstbestendig organiseren van de zorg. Daarom besteden we extra aandacht aan het toegankelijk houden van de huisartsenzorg. Door deze zorg toekomstbestendig te organiseren, moet elke inwoner van een regio zich op naam van een huisartsenpraktijk in kunnen schrijven. Dit vormt de basis voor de contractafspraken voor 2026-2027.
- CZ groep stimuleert huisartsen om praktijkhouder of huisarts met een vaste patiëntenpopulatie te worden. Naast de bestaande prestaties in de huisartsenovereenkomst komen er vanaf 2026 twee nieuwe prestaties bij:
 - start van een 0-praktijk in een gemeente waar discontinuïteit dreigt;
 - overname van een huisartsenpraktijk met achterstallig onderhoud.

Op het moment van schrijven van dit zorginkoopbeleid zijn er nog ontwikkelingen gaande in de landelijke afspraken en de wet- en regelgeving. Het is nog onduidelijk wat de gevolgen hiervan zullen zijn op onze overeenkomsten. Waar nodig zullen we de overeenkomsten gedurende de looptijd in overleg aanpassen of aanvullen.

2.1.2 Belangrijkste voorwaarden voor een overeenkomst

Huisartsenzorg

Om in aanmerking te komen voor een overeenkomst Huisartsenzorg gelden de volgende criteria:

- De huisartsenpraktijk:
 - werkt in een voor CZ groep preferente regio;
 - beschikt over een AGB-code;
 - heeft het contactformulier ingevuld (<https://www.service.cz.nl/zorgaanbieders-stuur-uw-vraag>);
 - beschikt over een VECOZO-certificaat;
 - heeft de vragenlijst in VECOZO ingevuld en deze is positief beoordeeld;
 - voldoet aan de NZa-beleidsregel en tariefbeschikking huisartsenzorg.
- De huisarts en/of andere zorgverleners in de praktijk beschikken over een geldige BIG-registratie.

- De medische eindverantwoordelijkheid wordt ingevuld door een vaste huisarts in de huisartsenpraktijk, die medisch aanspreekbaar is. Deze vaste huisarts is verantwoordelijk voor de ANW-zorg in de regio van de huisartsenpraktijk en is het vaste aanspreekpunt voor regio-organisaties, samenwerkingsverbanden en de huisartsengroep (HAGRO).
- Er is minimaal één fte huisarts duurzaam verbonden aan de huisartsenpraktijk. Het aantal fte's huisartsen dat is verbonden aan de praktijk moet in verhouding staan tot het aantal patiënten.
- (Nieuwe) aanbieders van huisartsenzorg moeten zich aansluiten bij de regionale huisartsenorganisatie (RHO) en de huisartsendienstenstructuur (HDS).

MDZ en O&I

Om in aanmerking te komen voor een overeenkomst MDZ en O&I gelden de volgende voorwaarden. De RHO:

- is gevestigd of werkzaam in het gebied waar CZ groep de preferente zorgverzekeraar is;
- is een rechtspersoon en is als zodanig ingeschreven bij de Kamer van Koophandel;
- heeft een minimale omvang van 100.000 ^[1] op naam ingeschreven patiënten, waarbij sprake is van een logische, passende en aaneengesloten regio. De RHO stelt in overleg met CZ groep vast op welke regio de RHO zich gaat richten. De regio sluit qua gebied logisch aan bij andere stakeholders in de regio, zoals adherente ziekenhuizen, de ggz, gemeenten en de zorgkantoorregio's/IZA-regio's. CZ groep toetst bij deze voorwaarde of er geen ongewenste versnippering optreedt;
- heeft een aantoonbaar mandaat van ten minste 85 procent van de huisartsen(praktijken) in de betreffende regio;
- kan alleen huisartsen aan zich verbinden die werkzaam zijn in de regio van de RHO en die nog niet aangesloten zijn bij een andere RHO;
- voldoet aan de Governancecode Zorg;
- levert tijdig een regionaal zorgaanbodplan op aan de hand van het format van CZ groep;
- omschrijft concrete resultaatsafspraken die de voorwaarde zijn voor financiering;
- levert tijdig een begroting op die aansluit bij het regionale zorgaanbodplan en gebruikt daarvoor het format van CZ groep;
- betreft naast huisartsenzorg minimaal twee andere domeinen bij het opstellen van het regionale zorgaanbodplan. Denk daarbij aan: ziekenhuizen, de ggz, verpleeg- en verzorgingshuizen, en gemeenten;
- voldoet aan de voorwaarden uit de nadere uitwerking MDZ en O&I en de overeenkomst MDZ en O&I.

¹ Met bestaande contractpartners met wie de overeenkomst in 2025 niet tussentijds is beëindigd, wil CZ groep de contractuele relatie voortzetten. Als een bestaande RHO niet aan voorwaarden voldoet, hanteert CZ groep een overgangstermijn. Nieuwe RHO's die in 2025 geen overeenkomst hadden met CZ groep, moeten in ieder geval aan alle voorwaarden voldoen.

2.2 Inhoudelijk beleid

In onze kernwerkgebieden pakken we een actieve rol om onze beleidsspeerpunten te behalen en belangrijke thema's voor de regionale transformatie op te pakken. Daar nemen we de regie, waarbij we met zorgaanbieders samenwerken om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de (acute) zorg te optimaliseren en de zorg toekomstbestendig te maken. We stimuleren de inzet van passende zorg, de herinrichting van de zorg om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden en de inzet van digitalisering en zelfzorg. Ook willen we verdere versnippering van het aanbod tegengaan.



2.2.1 Toegankelijkheid van zorg

Onze grootste opgave is het toegankelijk houden van de huisartsenzorg. Onze verzekerden kunnen zich nu niet altijd meer inschrijven bij een huisarts in hun eigen woonplaats. We werken al hard om dit probleem op te lossen, maar het resultaat is nog onvoldoende. Met elkaar moeten we een extra stap zetten en als collectief de verantwoordelijkheid nemen binnen de regio van de RHO.

CZ groep verwacht van elke RHO een visie op toekomstbestendige huisartsenzorg binnen de eigen regio. In het zorgaanbodplan wordt concreet uitgewerkt hoe de programma's bij gaan dragen aan het oplossen van deze knelpunten. Acute en duurzame oplossingen maken hier deel van uit en de impact op de toegankelijkheid moet meetbaar worden gemaakt. In de [ZN-visie toekomstbestendige huisartsenzorg](#) staat per onderdeel uitvoerig beschreven wat bijdraagt aan het toegankelijk houden van huisartsenzorg. De hoofdthema's daarin zijn:

Toekomstbestendige huisartsenzorg (met veranderkracht als randvoorwaarde)

3 thema's



CZ groep wil zich de komende contracteerperiode inzetten voor deze leidende principes. Die passen bij de interventies vanuit *Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP)*. We presenteren hiervoor een set S3-prestaties in de huisartsenzorg die hierbij ondersteunt. In dit beleid nemen we voorbeelden op die als inspiratie dienen en die helpen bij het uitzetten van de koers.

Initiatieven in het kernwerkgebied van CZ groep die volgens deze leidende principes zijn ontwikkeld

Kerngezond

In Zeeland werken meerdere gemeenten volgens het concept Kerngezond. Daarbij wordt er op gemeenteniveau gewerkt aan een beperking van de instroom en het verlenen van zorg door de juiste professional (zorgdomein of gemeentelijk domein). Voor meer informatie zie: [De nieuwe manier van samenwerken | Kerngezond](#).

Pluspraktijken

In Zuid-Limburg is een netwerk opgezet van praktijken die voorop willen lopen met vernieuwingen en die innovatieve manieren van werken en zorg uitproberen (digitalisering, doelmatig voorschrijven en verwijzen, wijkgericht werken). Zij werken daarbij samen met andere huisartsenpraktijken, onder begeleiding van de RHO. Hierdoor is een collectieve verantwoordelijkheid ontstaan voor het oplossen van toegankelijkheidsproblemen. Kenmerkend voor het netwerk is het collectief leren en verbeteren. Voor meer informatie zie: [PlusPraktijken](#).

Voorbeelden van focus op gezondheid

Vanuit het IZA/GALA zijn vijf ketenaanpakken gedefinieerd waarin domeinoverstijgend (medisch-sociaal) wordt samengewerkt: Valpreventie, Ketenaanpak Overgewicht en Obesitas (GLI volwassenen), Welzijn op Recept (WOR), Ketenaanpak Overgewicht en Obesitas bij Kinderen (Kind naar Gezonder Gewicht) en Kansrijke Start.

Voor de GLI volwassenen heeft een RHO, mede vanuit de multidisciplinaire zorg, een coördinerende rol. De RHO is de verbindende schakel tussen de zorg en het sociaal domein. Ook kan de RHO vanuit de zorg de verbinding leggen met de ketenzorg. De leefstijlcoach levert de zorg als onderaannemer van de RHO.

Binnen de ketenaanpak Valpreventie is de huisarts verantwoordelijk voor de valrisicobeoordeling (VRB). Dit is een aanvullende prestatie die valt onder het contract voor huisartsen. Voor de uitvoering van de VRB zijn meerdere opties mogelijk. We noemen hieronder twee veelvoorkomende:

- Een VRB via een valanalyse. Deze kan eventueel in samenwerking met paramedici worden uitgevoerd via een verlengde-arm-constructie.
- Een VRB via gestructureerde screening. Deze past veelal bij de bestaande screening van kwetsbaarheid bij ouderen.

Welzijn op Recept (WOR) kan bijdragen aan het voorkomen van medische zorg en helpen bij passende zorg en ondersteuning. Dit kan door meer aandacht voor eenzaamheid, bestaansonzekerheid en een slechte leefomgeving te combineren met een betere samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein. WOR is bedoeld voor mensen met een hulpvraag die hiervoor geen medische of psychologische behandeling nodig hebben. Ondersteund door een welzijnsorganisatie kunnen zij hun gezondheids- en welzijnsdoelstellingen verbeteren. De RHO kan WOR in de regio stimuleren door in gesprek te gaan met gemeenten en door de huisarts te wijzen op het bestaan van WOR.

Voor de Ketenaanpak Kinderen en Kansrijke Start is op dit moment nog geen expliciete rol voor de RHO weggelegd. Dit kan de komende jaren nog gaan verschuiven bij het verder ontwikkelen van de Visie Eerste Lijn.

Regionalisering

Met ons beleid willen we het mandaat en de daadkracht van de RHO's vergroten en de regionale samenwerking bevorderen. Eventuele versnippering bemoeilijkt de samenwerking en de mogelijkheid om aanspreekbare huisartsenzorg te bieden. Dit draagt niet bij aan passende, toegankelijke en toekomstbestendige zorg. CZ groep gaat zo nodig in de regio's het gesprek aan om te bepalen of de omvang en afbakening van de regio en de aansluiting van de huisartsenpraktijken passend zijn. Zo kunnen we het verschil maken door als collectief de toegankelijkheid en betaalbaarheid van kwalitatieve zorg te borgen. De RHO heeft een rol bij het optimaliseren van de praktijk- en bedrijfsvoering van de huisartsenpraktijken in de regio. De leidende principes van ZN, MTVP en de S3-prestaties van CZ groep vormen daarbij het uitgangspunt.

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie helpt patiënten en zorgverleners om passende zorg te vinden bij een acute zorgvraag. Dit kan gaan om de inzet van de huisartsenpost, ambulancezorg of ongeplande nachtzorg. Ook kan zorgcoördinatie helpen om de urgentie van de (acute) zorgvraag af te schalen (triage) en om vervolgzorg voor een patiënt te vinden, zoals een bed voor eerstelijnsverblijf. Zorgcoördinatie kan bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg door deze regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren. Voor patiënten blijft de toegang tot acute zorg overzichtelijk, want deze komt samen in één (virtueel) loket.

Het ministerie van VWS heeft in februari 2024 een implementatieplan zorgcoördinatie gepubliceerd. Het ROAZ voert de regionale uitwerking daarvan uit. Begin 2025 heeft elke ROAZ-regio een transformatieplan ingediend bij de zorgverzekeraars om de regionale zorgcoördinatiefunctie te implementeren. Zodra dit transformatieplan is goedgekeurd, verwachten we dat u daar als zorgaanbieder aan meewerkt. Zorgverzekeraars volgen de landelijke ontwikkelingen rondom de zorgcoördinatie en publiceren waar nodig aanvullend beleid.

Avond, Nacht en Weekend (ANW)

Om de druk op alle huisartsen (en in het bijzonder de praktijkhoudende huisartsen) te verminderen, is landelijk besloten om de huisartsenspoedzorg in de ANW-uren anders te organiseren. Uitgangspunt hierbij is dat alle huisartsen gelijke rechten en plichten hebben. Alle huisartsen – praktijkhouders, waarnemers én huisartsen die in dienst zijn bij een praktijk – zijn samen verantwoordelijk voor het organiseren van continue huisartsenspoedzorg in de ANW-uren. Landelijk is de 'Leidraad bij Actieplan Werkdruk in de ANW' vastgesteld. Daarin staan de voorwaarden voor de implementatie van de nieuwe werkwijze.

2.2.2 Kwaliteit van zorg

CZ groep wil zorg inkopen bij zorgaanbieders die inzetten op kwaliteit én doelmatige zorg. Hierin zien we een rol weggelegd voor de RHO's. Een RHO organiseert en faciliteert de programmatische zorg voor kwetsbare groepen (zoals chronische zorg, ouderenzorg en ggz). Een RHO zorgt voor een eenduidig regionaal zorg- en organisatiebeleid en voor de implementatie daarvan bij de aangesloten huisartsen en bij andere zorgverleners in de regio.

Daarnaast is een RHO verantwoordelijk voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid conform de landelijke richtlijnen van InEen, het NHG en de LHV. De RHO ziet via een kwaliteitscyclus toe op de resultaten van de verleende zorg en bekijkt daarbij de gezondheid, de kwaliteit en de kosten van de hele regionale populatie. RHO's organiseren het mandaat, zodat zij gemachtigd zijn om spiegelinformatie van aangesloten huisartsen en andere onderaannemers op regionaal niveau te kunnen delen. Zij gebruiken deze informatie als input voor de PDCA-cyclus.

CZ groep levert jaarlijks de factsheet MDZ op. Die geeft inzicht in de (doelmatige) inclusie, praktijkvariatie en declaraties die naast MDZ zijn ingediend, inclusief de veelgebruikers. Wij verwachten dat deze factsheet als spiegelinformatie wordt opgenomen in de regionale PDCA-cyclus. Dit is ook een goed instrument om te ontdekken welke knelpunten van invloed zijn op de toegankelijkheid. InEen heeft aangegeven dat de benchmark chronische zorg komt te vervallen. CZ groep verwacht dat de RHO's de uitvoering en de resultaten van de chronische zorg nu opnemen in het regionale kwaliteitsbeleid, conform de actuele zorgstandaarden.

RHO's organiseren verder intervisie met onderaannemers en voeren individuele (jaar)gesprekken met de aangesloten huisartsen. Zo ontstaat een lerende omgeving, waarin zij kunnen reflecteren op hun voortgang en resultaten. Bijvoorbeeld wat betreft de zorg voor kwetsbare groepen, Meer Tijd Voor de Patiënt en de implementatie van regionale plannen voor de toekomstbestendige organisatie van de huisartsenzorg. Voor een nadere toelichting verwijzen we naar de uitwerking van het *zorginkoopbeleid MDZ en O&I 2026-2027*.

Tot slot biedt CZ groep ruimte voor het meer persoonsgericht verlenen van zorg. Daarmee bedoelen we dat deze zorg is gericht op de specifieke hulpvraag van de patiënt en diens persoonlijke situatie, wensen en voorkeuren. Ook 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.

Persoonsgerichte zorg heeft twee doelen:

- de patiënt medeverantwoordelijk laten zijn voor diens eigen welzijn;
- de (chronische) ziekten van de patiënt integreren in een geheel van ziekte en gezondheid.

Advanced Care Planning (ACP) maakt hier deel van uit. Samen met de patiënt en diens naasten wordt overlegd welke doelen van zorg en behandeling passen bij de persoonlijkheid en gezondheidssituatie van de patiënt. Die krijgt meer regie en de zorgaanbieder ondersteunt hem of haar daarbij.

2.2.3 Kosten van zorg

Om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, zet CZ groep vooral in op:

- het terugdringen van praktijkvariatie;
- het toekomstbestendiger organiseren en doelmatig uitvoeren van de huisartsenzorg en MDZ;
- doelmatig voorschrijven.

Het terugdringen van praktijkvariatie

Uit declaratiegegevens blijkt dat er veel praktijkvariatie is tussen huisartsen, onder andere op het gebied van voorschrijven en verwijzen. CZ groep vindt het belangrijk dat huisartsen inzicht krijgen in hun handelen via spiegelinformatie in Vektis. Uit pilots blijkt dat dit inzicht leidt tot betere en meer doelmatige zorg. De RHO en de praktijkmanager faciliteren dit proces. Voor MDZ is ook dit jaar weer de factsheet Multidisciplinaire Zorg beschikbaar, die jaarlijks met CZ groep wordt besproken.

CZ groep werkt aan minder praktijkvariatie door:

- uitkomsten en werkwijzen transparant te maken;
- intervisie te stimuleren;
- huisartsenpraktijken die achterblijven te ondersteunen.

We verwachten van RHO's dat zij praktijkvariatie en de resultaten van de huisartsenzorg in de regio inzichtelijk maken. Daarbij maken zij gebruik van de onze factsheet en de Praktijkspiegel van Vektis.

Toekomstbestendiger organiseren van MDZ en doelmatige uitvoering

Met de introductie van ketenzorg zijn er geprotocolleerde processen ontstaan om de medische kwaliteit te verbeteren. De regionale samenwerking heeft daarmee een impuls gekregen. Toch zijn de zorguitgaven niet verminderd. Onze analyses laten ongewenste neveneffecten zien van de huidige bekostiging van de MDZ. Denk aan: ondoelmatige inclusie, dubbele declaraties en de betaling van *no show*. We willen ook de komende tijd de doelmatige uitvoering van de MDZ vergroten.

Daarnaast ervaren professionals in de ketenzorg binnen de huidige bekostiging en in de geprotocolleerde zorg niet altijd de ruimte om de chronische zorg anders vorm te geven. De huidige inrichting staat een transformatie naar persoonsgerichte en hybride zorg in de weg. (Meer inzet van digitale monitoring en zelfzorg kan bijdragen aan het slimmer inrichten van de bestaande zorgprocessen.) De stijging van het aantal chronische patiënten zorgt voor een grote belasting voor de huisartsencapaciteit.

Wij vinden dat de huidige MDZ toe is aan een meer toekomstbestendige inrichting. Het nieuwe model moet passende en doelmatige zorg stimuleren en bijdragen aan het toegankelijk houden van de (huisartsen)zorg. Andere betrokkenen delen onze mening, maar er is nog geen consensus over welke richting dit op zou moeten. We onderzoeken, bij voorkeur landelijk, hoe we de chronische zorg met ingang van 2028 toekomstbestendiger kunnen vormgeven en bekostigen binnen de geldende wet- en regelgeving.

CZ groep brengt voor 2026 en 2027 geen grote wijzigingen aan in het beleid voor de MDZ. Dit neemt niet weg dat er binnen de bestaande bekostiging ruimte is om de zorg persoonsgericht en hybride te leveren. Daarnaast blijft het doelmatig uitvoeren van de MDZ een aandachtspunt waarbij de RHO randvoorwaarden creëert om de ongewenste effecten van de huidige multidisciplinaire bekostiging te voorkomen en te verminderen.

Doelmatig voorschrijven

We willen de deskundigheid, kwaliteit en doelmatigheid bij het voorschrijven van medicatie bevorderen. Daarom zetten we in op de (door)ontwikkeling van een farmacotherapeutisch overleg (FTO). Hiermee zetten we het beleid van 2025 voort. Ook is er ruimte voor aanvullende regionale afspraken op het gebied van doelmatig voorschrijven.

2.2.4 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.

2.2.5 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; van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in hun jaarverslag of duurzaamheidsverslag rapporteren over hun duurzaamheidsprestaties voor zover beschikbaar bij de zorgaanbieder;
- aantoonbaar voortgang boeken op de uitvoering van het mobiliteitsplan² gericht op terugdringen CO2-emissie tgv vervoerbewegingen van medewerkers via de beschikbare rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit³ (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).

De impact van de huisartsenzorg op klimaat en milieu is vooral gekoppeld aan het voorschrijven van medicatie en de huisvesting. Medicatie heeft zowel bij de productie (CO2-uitstoot) als gebruik (medicijnresten in water) een grote impact. De huisvesting is na voorschrijven van medicatie de grootste bron van CO2-uitstoot.^[4] Dit is de reden dat zorgverzekeraars bij het stimuleren van verduurzaming de nadruk leggen op gepast gebruik van medicatie en de verduurzaming van de praktijk.

- Gepast gebruik van medicatie bevorderen door:

- Medicatie tijdig af te bouwen (bewaken behandelduur, volgen stop- en startcriteria en tijdig evalueren) conform de module Minderen en stoppen van medicatie (KNMP, NHG en andere partijen, 2020).^[5] Concreet vragen wij hier aandacht voor het verminderen van het gebruik van protonpompremmers^[6] of statines^[7] aan de hand van de beschikbare kennisdocumenten;
- Geneesmiddelen met een lagere milieu- of klimaatimpact. Concreet vragen wij aandacht voor 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;
- Het (meer) inzetten van niet-medicamenteuze interventies die mogelijk het gebruik van medicatie voorkomen.

Zie hiervoor ook de 'Inspiratiegids verspil geen pil' van de Coalitie Duurzame Farmacie en de QuickScan 'Duurzamer voorschrijven'.

- Huisartsenpraktijk verduurzamen door bijvoorbeeld het verduurzamen van het praktijkgebouw en het meer circulair gebruik van (medische) materialen.

Zie hiervoor ook het E-books 'De Groene Huisartsenpraktijk' en 'De groene regionale huisartsenorganisatie' van de LHV, NHG en Stimular en de Milieubarometer huisartsen

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.

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 | RVO.nl*

⁴ *De inhaalrace naar duurzame zorg. Gupta juni 2022.*

⁵ *Module Minderen en stoppen van medicatie*

⁶ *Kennisdocument Protonpompremmers pdf*

⁷ *Kennisdocument - Statines.pdf*

2.2.6 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.

2.3 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.

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.

Transformatie en samenwerking binnen de GGZ

Mentale Gezondheidsnetwerken / verkennende gesprekken

CZ groep ziet de Mentale Gezondheidsnetwerken en de bijbehorende verkennende gesprekken als een belangrijke beweging om te komen tot een gedeelde verantwoordelijkheid tussen huisartsen, sociaal domein en de GGZ. Alleen via deze domeinoverstijgende samenwerking kunnen we de toegankelijkheid van de GGZ nu en in de toekomst waarborgen. Wij stimuleren aanbieders om zich (pro)actief bij deze regionale beweging aan te sluiten. De MGN's betekenen mogelijk ook iets voor de contractering door zorgverzekeraars.

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

Mentale Gezondheidsnetwerken

Het idee

WAAROM

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

WAT

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



HOE

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

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

2.4 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

Huisartsenzorg

Activiteiten	Planning
Vorbereiden, formuleren en publiceren van het zorginkoopbeleid 2026.	Uiterlijk 1 april 2025
Aanbieden van de overeenkomst.	Uiterlijk 1 september 2025
Publicatie van het zorgaanbod.	Uiterlijk 12 november 2025

MDZ en O&I

Activiteiten	Planning
Vorbereiden, formuleren en publiceren van het zorginkoopbeleid 2026.	Uiterlijk 1 april 2025
Gelegenheid tot vragen stellen over het zorginkoopbeleid.	Tot 1 juni 2025
RHO deelt, indien door zorgverzekeraar gevraagd, haar strategisch beleid met de zorgverzekeraar, of verwijst naar de plek waar deze informatie te vinden is.	Uiterlijk 1 juni 2025
Publicatie overeenkomst MDZ & O&I 2026-2027.	1 juli 2025
Indienen zorgaanbodplan en conceptbegroting door RHO bij de regionale zorginkoper.	Uiterlijk 15 juli 2025
Contracteringsgesprekken en komen tot inkoopafspraken (op basis van zorgaanbodplan) en vaststellen tarieven 2026. De voorwaarde om het contracteringsgesprek aan te gaan, is dat het zorgaanbodplan en de conceptbegroting tijdig in ons bezit zijn.	Vanaf 1 augustus 2025
Bereiken schriftelijke overeenstemming (via e-mail) tussen RHO en CZ groep over zorgaanbodplan en begroting.	Uiterlijk 1 oktober 2025
Aanbieden van de overeenkomst MDZ en O&I 2026-2027.	Vanaf 20 september 2025 tot uiterlijk 15 oktober
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluiting van de contracteeronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af.	Uiterlijk 1 november 2025
Publicatie van het zorgaanbod op Zorgvinder.	Uiterlijk 12 november 2025

Let op: als zorgverzekeraar moeten wij op 12 november van ieder jaar 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. Wij willen dan ook uiterlijk op 1 november overeenstemming bereiken over de overeenkomst 2026-2027.

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

Huisartsenzorg, huisartsendienstenstructuren en MDZ

Bij vragen over de inhoud van een aangeboden overeenkomst of over uw gegevens kunt u contact opnemen met de afdeling Relatiebeheer Zorgverleners (RZ) via (0113) 27 49 91 en rz.huisartsen@cz.nl. Zij beantwoorden uw vragen zo veel mogelijk zelf. Waar nodig doen zij een beroep op de betreffende regionale zorginkoper. Vragen over het zorginkoopbeleid kunt u mailen naar zorginkoophuisartsenzorg@cz.nl. Wij doen ons uiterste best om binnen twee weken een reactie te geven op vragen en opmerkingen. Mocht dit niet mogelijk zijn, dan geven we aan waarom dit niet lukt en op welke termijn u wél een reactie mag verwachten.