

Stoppen met roken 2027

Zorginkoopbeleid CZ

Inhoudsopgave

Stoppen met roken	2
Vorbehoud	2
1. Koers en transformatieagenda CZ groep	3
1.1 De uitdagingen en onze koers	3
1.2 Onze transformatieclusters	3
1.3 Transformatie en samenwerking	4
1.4 Zo betreft CZ groep verzekerden en patiënten	5
2. Inhoudelijk beleid voor stoppen met roken	6
2.1 Soorten stopbegeleiding	7
2.2 Kwaliteit van zorg	9
2.3 Kosten van zorg	10
2.4 Gepaste en doelmatige zorg	11
2.5 Herinrichten zorglandschap	11
2.6 Digitale zorg en AI	11
2.7 Duurzaamheid	12
2.8 Doorontwikkeling van de zorginkoop voor stoppen met roken	12
3. Voorwaarden zorginkoop	13
3.1 Wijzigingen in zorginkoopbeleid	13
3.2 Toelichting inkoopvoorwaarden	13
3.3 Voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst	13
4. Proces contractering	15
4.1 Tljdpad	15
4.2 Tljdpad contractering nieuwe aanbieders gedurende looptijd	15
4.3 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	16
4.4 Bereikbaarheid	16
Bijlagen	17
Bijlage 1: Minimumeisen voor gekwalificeerde aanbieders van intensieve stopbegeleiding	17
Bijlage 2: Russell Standard	17

Stoppen met roken

Zorginkoopbeleid

Stoppen met roken 2027

laatste update 31-03-2026

Voorwoord

CZ groep zet zich samen met zorgaanbieders in voor toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg, nu en in de toekomst. De afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de urgente maatschappelijke opgaven uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) vormen daarbij het gezamenlijke vertrekpunt. De druk op de toegankelijkheid door personeelstekorten en een stijgende zorgvraag vraagt om snellere veranderingen. Door de zorg slimmer te organiseren en door sterker in te zetten op preventie, technologie, verminderde administratieve lasten en passende zorg, zorgen we voor een gelijkwaardige toegang tot zorg.

Wij nemen daarbij onze regierol en werken samen met zorgaanbieders aan een fundamentele transformatie van de zorg. Daarmee geven we invulling aan deze maatschappelijke opgave. Samen zetten we in op gepaste en doelmatige zorg, digitale zorg en AI, en het herinrichten van het zorglandschap. Zo zorgen we er gezamenlijk voor dat schaars zorgpersoneel daar wordt ingezet waar het de meeste waarde heeft voor patiënten en verzekerden.

CZ groep contracteert en ondersteunt zorgaanbieders die aantoonbaar bijdragen aan deze beweging en die bereid zijn om verantwoordelijkheid te nemen voor verandering. Tegelijk verwachten we van zorgaanbieders dat zij actief meewerken aan het anders organiseren van zorg, het verminderen van onnodige zorg en het toepassen van bewezen effectieve innovaties. Via onze zorginkoop, regionale samenwerking en coalities maken we gezamenlijke doelen concreet en sturen we op meetbare resultaten.

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 geldende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- of regelgeving, gerechtelijke uitspraken en overige onvoorziene omstandigheden kunnen tot gevolg hebben dat het inkoopbeleid en/of de inkoopprocedure moet worden aangepast. Eventuele aanpassingen worden zo snel mogelijk gepubliceerd, waarbij we ook de reden voor aanpassing aangeven. Als er zich situaties voordoen waarin dit inkoopbeleid niet voorziet, dan heeft CZ groep de mogelijkheid om zelfstandig, aan de hand van de stand van zaken, te bepalen hoe daarmee om wordt gegaan.

Zorgplicht

CZ groep koopt zorg in om te voorzien in haar zorgplicht. Als het inkopen naar ons oordeel leidt tot onvoldoende gecontracteerde zorgaanbieders, waardoor wij niet aan onze zorgplicht kunnen voldoen, hebben wij het recht om extra zorgaanbieders te contracteren of op een andere manier zorg in te kopen.

Bezwaren

Bezwaren tegen dit inkoopbeleid (bijvoorbeeld over criteria of termijnen die wij hanteren) kunt u uiterlijk 15 mei a.s. aan ons kenbaar maken. Na deze datum is het recht daarop vervallen.

1. Koers en transformatieagenda CZ groep

1.1 De uitdagingen en onze koers

De zorg staat onder druk. De vraag naar zorg stijgt door vergrijzing, multimorbiditeit, technologische ontwikkelingen en hogere maatschappelijke verwachtingen, terwijl de beschikbare capaciteit achterblijft. Dit leidt tot langere wachttijden, hogere werkdruk en risico's voor toegankelijkheid.

Om deze maatschappelijke opgaven aan te pakken werkt CZ groep actief samen met alle partijen binnen de zorg. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zien wij de bevestiging dat samenwerking en transformatie noodzakelijk zijn om de zorg toekomstbestendig te houden.

1.2 Onze transformatieclusters

We zetten ons maximaal in voor tijdige, kwalitatief goede, betaalbare zorg, nu en in de toekomst. Daarbij gaan we op korte termijn aan de slag met signalen die we ontvangen. Deze signalen en terugkerende patronen geven ook richting aan onze koers voor de langere termijn en de focus die we hierin hebben aangebracht. We willen innoveren en transformeren met het veld om het zorglandschap ook voor de langere termijn toekomstbestendig in te richten. Dit bereiken we door een inhoudelijke focus op de onderstaande drie clusters. Door hier gelijktijdig aan te werken, houden we de zorg betaalbaar en toegankelijk, met behoud van kwaliteit:

1. **Gepaste en doelmatige zorg:** zorg die doelmatig en gepast is voor de situatie van de patiënt.
2. **Herinrichten zorglandschap:** de juiste zorg op de juiste plek, met oog voor regionale verschillen.
3. **Digitale zorg en AI:** technologie inzetten om zorg slimmer en efficiënter te organiseren.

Hieronder lichten we deze transformatieclusters verder toe.

1.2.1 Gepaste en doelmatige zorg

CZ groep ziet gepaste en doelmatige zorg (ook wel: passende zorg)^[1] als een belangrijke voorwaarde om de zorg toekomstbestendig te houden. We kunnen de zorg immers alléén toegankelijk en betaalbaar houden als we effectief en efficiënt omgaan met de schaarse personele en financiële middelen.

Veel zorghandelingen dragen niet maximaal bij aan uitkomsten voor de patiënt. Bijvoorbeeld omdat ze niet passen bij de individuele patiënt. Gepaste en doelmatige zorg draagt bij aan het verkleinen van de zorgkloof en aan een betere betaalbaarheid: er wordt minder zorg geleverd of er is een betere balans tussen de geïnvesteerde tijd en middelen en de uitkomst voor de patiënt.

CZ groep wil dat gepaste en doelmatige zorg de standaard wordt. Zo krijgen onze verzekerden de zorg die het beste bij hen past en wordt schaars personeel optimaal ingezet. Het is onze ambitie om alleen nog bewezen passende en doelmatige zorg in te kopen. Om dat voor elkaar te krijgen, leggen we afspraken over gepaste en doelmatige zorg vast in de contracten met onze aanbieders. Om de ontwikkeling richting gepaste en doelmatige zorg te versnellen, implementeren we landelijk ontwikkelde effectieve initiatieven, faciliteren we concrete nieuwe initiatieven in ons kernwerkgebied en stimuleren we samenwerking en kennisdeling. We verwachten aantoonbare resultaten en monitoren die nauwgezet. Zo dragen we bij aan de gezondheid van onze verzekerden en aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

1.2.2 Herinrichten zorglandschap

CZ groep streeft naar een zorglandschap waarin zorg en ondersteuning op de juiste plek plaatsvindt. Zo zetten we de schaarse (personeels)capaciteit optimaal in. We werken aan de concentratie en spreiding van zorg en aan sectoroverstijgende keten- en netwerkontwikkeling. Ook werken we aan een sterkere sociale basis: als het onderliggende probleem niet medisch is, is zorg niet de oplossing. We bouwen proactief voort op de basis die we al hebben gelegd in onze regio's, benutten de bestaande transformatieplannen en richten ons op opschalen. We maken per initiatief de beoogde verschuiving of afbuiging concreet en monitoren de effecten. Zo dragen we bij aan de gezondheid van onze verzekerden en aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

1.2.3 Digitale zorg en AI

Om de zorgkloof te verkleinen, wil CZ groep dat digitale technologie en AI optimaal geïntegreerd worden in de zorg. Dat kan zorg voor onze verzekerden voorkomen, verminderen of vervangen en het werk voor zorgprofessionals makkelijker en leuker maken.

Digitale zorg is wat ons betreft normaal. Daarmee bedoelen we dat effectieve technologie op grote schaal geïntegreerd is in het zorgproces. Denk aan: zelfzorg, digitale triage, redesign van zorgpaden en AI-ondersteunde diagnostiek. Daarnaast willen we dat technologie optimaal wordt ingezet om ondersteunende processen te verbeteren en te vergemakkelijken. Bijvoorbeeld de communicatie met patiënten, het verminderen van de administratieve lasten en capaciteitsmanagement. Een voorwaarde daarbij is een robuuste digitale infrastructuur, interoperabiliteit, datastandaardisatie en data-uitwisseling.

AI fungeert als stille kracht op de achtergrond om de zorg efficiënter, toegankelijker en betaalbaarder te maken. CZ groep ziet AI vooral als een hulpmiddel om zorgprofessionals te ondersteunen in het zorgproces en de administratieve lasten te verlagen, zodat zij meer tijd aan directe zorg kunnen besteden. We waken ervoor dat technologie niet 'erbovenop' komt, maar écht zorg voorkomt, vermindert of vervangt. Zo draagt ook het thema 'Digitale zorg en AI' bij aan ons streven naar gepaste en doelmatige zorg.

1.3 Transformatie en 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 met dit instrument aanpakken, omdat ze op veel punten de individuele instellingen en sectoren overstijgen. De uitdagingen om de zorg toegankelijk te houden, vragen bijvoorbeeld om een gezamenlijke oplossing. De opgaven en doelstellingen in het IZA en AZWA bevestigen dit. Daarom zetten wij in op regionale samenwerking en thematische coalities met veldpartijen.

Op basis van de regiobeelden en regioplannen blijven we samenwerken in de huidige regionale samenwerkingsverbanden. Waar nodig vormen we grotere coalities met zorgpartijen, gemeenten en andere relevante partners. CZ groep richt zich daarbij op de belangrijkste regionale opgaven en op de clusters die we hierboven hebben beschreven: gepaste en doelmatige zorg, digitale zorg en AI, en herinrichten zorglandschap.

Deze transformatie kunnen we niet alleen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) bereiken. We hebben ook de Wet langdurige zorg (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. De uitvoering van transformatieplannen is hierbij een belangrijk instrument. Waar mogelijk wil CZ groep dit vastleggen in contractafspraken.

1.4 Zo betreft CZ groep verzekerden en patiënten

We vinden het belangrijk om de stem van (potentiële) verzekerden een plaats te geven in onze strategie en ons beleid. We krijgen beter inzicht in hun wensen en behoeften dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiënten(organisaties) en onze Ledenraad. Op basis van hun inbreng vormen en toetsen wij het zorg(inkoop)beleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen en organiseren wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben. Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom de toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het [transparantiedocument](#).

2. Inhoudelijk beleid voor stoppen met roken

Doelstellingen



Roken is een van de belangrijkste vermijdbare risicofactoren voor de gezondheid. De kans dat iemand een medische aandoening krijgt die door roken is veroorzaakt, neemt aantoonbaar af naarmate iemand langer volledig is gestopt met roken. Een rookvrije maatschappij leidt daarmee tot een aanzienlijke vermindering van de gezondheidsrisico's op de korte en de lange termijn. Hieraan wil CZ groep actief bijdragen.

In februari 2023 is het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) ondertekend, met als doel een rookvrije generatie in 2040. Om dit doel te halen, moeten we nu gezamenlijk actie ondernemen. Onder rokers groeit de wens om te stoppen, waarbij steeds meer organisaties en werkgevers stoppen met roken actief stimuleren. Hierdoor blijft de vraag naar stopbegeleiding de komende jaren toenemen.

Door stopbegeleiding (met of zonder farmacotherapeutische ondersteuning) vrij te stellen van het eigen risico, is een belangrijke financiële drempel weggenomen. Daardoor is deze zorg beter toegankelijk geworden. Tegelijkertijd vereist de stijgende vraag een zorgvuldige inrichting van het zorgaanbod, zodat deze begeleiding ook op de lange termijn toegankelijk, betaalbaar en effectief blijft.

Voor Stoppen met Roken voert CZ groep op dit moment geen specifiek beleid gericht op innovatief zorgaanbod. Dit betekent echter niet dat innovatie binnen dit domein wordt uitgesloten. Wanneer zorgaanbieders beschikken over ideeën die de stoppen-met-rokenzorg aantoonbaar verbeteren, bijdragen aan de toekomstbestendigheid van het aanbod of de effectiviteit van de begeleiding vergroten, staat CZ groep open voor verdere verkenning.

CZ groep koopt uitsluitend evidence- based stopbegeleiding in die aansluit bij de Zorgstandaard Stoppen met Roken. Alleen zorgaanbieders die zijn geregistreerd in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken (KABIZ) komen in aanmerking voor een overeenkomst. Samen met zorgaanbieders pakken wij een actieve rol bij het verbeteren en doorontwikkelen van de inhoudelijke begeleiding. Daarbij stimuleren we de integratie van digitale zorgondersteuning in het bestaande aanbod waar dit passend en effectief is. Digitale toepassingen kunnen bijdragen aan een betere toegankelijkheid en ondersteuning, en aan een doelmatige inzet van zorg.

CZ groep richt het zorginkoopbeleid voor stopbegeleiding zó in dat er een toegankelijk en kwalitatief passend aanbod beschikbaar is. Door verschillende vormen van begeleiding te contracteren en transparante keuze-informatie beschikbaar te stellen, willen we verzekeren in staat stellen om een keuze te maken die aansluit bij hun situatie en behoeften.

Landelijke ontwikkelingen

Landelijk zijn er ontwikkelingen die invloed hebben op de inhoud van de stopbegeleiding, zoals een nieuwe zorgstandaard en de actualisatie van de NZa-beleidsregel. Daarom verkennen we of en hoe we het zorgaanbod dat we inkopen inhoudelijk verder kunnen verfijnen. Zo blijft de begeleiding aansluiten bij de meest recente professionele inzichten. CZ groep volgt deze landelijke ontwikkelingen en betreft deze bij de verdere doorontwikkeling van het zorginkoopbeleid.

2.1 Soorten stopbegeleiding

We hanteren 2 soorten stopbegeleiding: korte stopadviezen en intensieve begeleiding.

2.1.1 Korte stopadviezen

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

2.1.2 Intensieve begeleiding

Onder intensieve stopbegeleiding verstaan we geaccrediteerde begeleidingstrajecten, waarin verzekerden in meerdere sessies met een stopcoach proberen te stoppen met roken. Intensieve begeleiding is voorbehouden aan gespecialiseerde stopbegeleiders die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister KABIZ. Er zijn 2 vormen: individuele begeleiding en groepsbegeleiding.

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

Individuele begeleiding

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

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

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

Groepsbegeleiding

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

Verschillende behandelingen



Individuele persoonlijke begeleiding



Telefonische
begeleiding



Face to face



Groepstraining

**mogelijk inclusief digitale
zorgverlening**

Farmacologische ondersteuning

Farmacologische ondersteuning moet altijd worden gecombineerd met gedragsmatige behandelingen, omdat een gecombineerde aanpak effectiever is dan farmacotherapie alleen. De komende jaren komen er mogelijk generieke alternatieven voor deze medicatie beschikbaar. CZ groep houdt de mogelijkheden daarvan in het oog en maakt waar mogelijk afspraken over de vergoeding en het leveren van specifieke merken van generieke middelen.

2.2 Kwaliteit van zorg

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

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

We verwachten dat gecontracteerde aanbieders zich committeren aan de stopcriteria uit de Russell Standard (West, 2005). In bijlage 2 staat de verkorte versie hiervan. Aan de hand van de behaalde stoppercentages op meerdere momenten na de behandeling bepalen we het gemiddelde van de aanbieders. Wij willen de kwaliteit van deze stopbegeleiding voor onze verzekerden weergeven in een classificatie: gemiddeld, ondergemiddeld of bovengemiddeld.

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

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

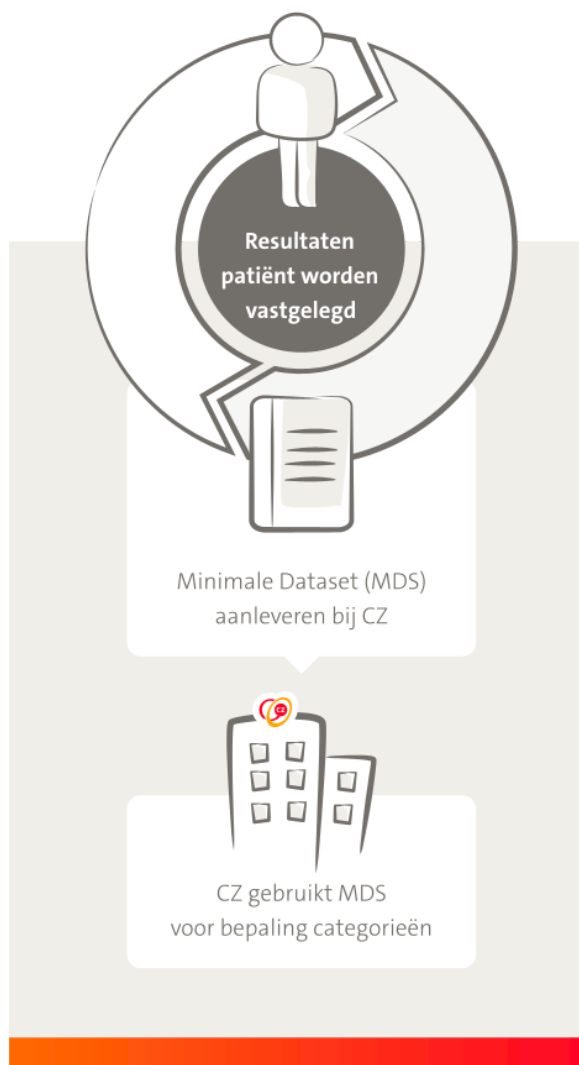
- om de uitkomstindicatoren gestandaardiseerd te kunnen meten;
- om de effectiviteit van stopinterventies te kunnen bepalen;
- om succespercentages op een eenduidige manier te registreren en vast te leggen.

Deze ontwikkelingen moeten het in de toekomst mogelijk maken om verschillende zorgaanbieders op eenzelfde manier met elkaar te vergelijken, hierover het gesprek met elkaar aan te gaan en zo de kwaliteit te blijven waarborgen.

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

Stoppen met roken

Patiënt volgt behandeling



2.3 Kosten van zorg

Momenteel worden er landelijke kwaliteitscriteria en meetmethodieken ontwikkeld. CZ groep steunt deze ontwikkeling. Voor de zorginkoop voor 2027 tonen we de beschikbare informatie van de zorgaanbieders aan onze verzekerden. We zijn van plan om hierin een classificatie aan te brengen op basis van de resultaten uit de minimale dataset. In 2027 verbinden we hier nog geen financiële consequenties aan.

2.4 Gepaste en doelmatige zorg

CZ groep vindt het belangrijk dat stopbegeleiding gepast en doelmatig wordt ingezet. De begeleiding sluit aan bij de persoonlijke situatie en motivatie van de verzekerde en draagt aantoonbaar bij aan succesvol stoppen met roken. Zorg wordt niet zwaarder ingezet dan nodig en wordt afgestemd op wat nodig is om het gewenste resultaat te bereiken, met oog voor effectiviteit en doelmatigheid.

2.5 Herinrichten zorglandschap

We zetten in op een toegankelijk zorgaanbod voor onze verzekerden. Daarbij bieden we verschillende vormen van begeleiding, zoals fysieke, telefonische en online begeleiding, en aanbieders die hieraan kunnen bijdragen.

De manier waarop het zorgaanbod is ingericht, draagt bij aan een landelijk dekkend aanbod en laat ruimte om het zorgaanbod in de toekomst anders vorm te geven, afhankelijk van de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid.

2.6 Digitale zorg en AI

Digitale zorg kan binnen de stopbegeleiding bijdragen aan een betere toegankelijkheid en ondersteuning van verzekerden. Digitale toepassingen maken het mogelijk om de begeleiding flexibeler in te richten en beter te laten aansluiten bij de persoonlijke situatie van de verzekerde.

CZ groep stimuleert daarom het gebruik van hybride zorg. Daarbij worden digitale middelen als beeldbellen, online modules en ondersteunende apps ingezet waar dat passend is en blijft persoonlijk contact behouden waar dit nodig is. Digitale ondersteuning kan het stopproces tussen contactmomenten ondersteunen en de regie van de verzekerde vergroten.

Daarnaast ziet CZ groep mogelijkheden voor digitale oplossingen en AI om zorgprocessen te ondersteunen binnen de stopbegeleiding. Denk aan het verminderen van administratieve lasten. Digitale zorg is geen doel op zich; er blijven passende alternatieven beschikbaar voor verzekerden voor wie digitale zorg minder geschikt is.

Gezamenlijke ambities digitalisering en databeschikbaarheid

Naast onze eigen koers werken we ook aan toekomstbestendige zorgverlening via gezamenlijke ambities:

- **Zorgverzekeraars werken samen aan veilige en digitale datadeling**
Zorgverzekeraars willen dat het delen van zorggegevens digitaal, veilig en gestandaardiseerd gebeurt. Dit doen we samen, met als basis de *gezamenlijk geformuleerde ambities* voor zorginkoop, digitalisering en databeschikbaarheid voor 2027.
- **Digitale gegevensuitwisseling helpt inwoners en zorgverleners**
We zorgen dat mensen eenvoudig en veilig toegang krijgen tot hun eigen zorggegevens. Zorgverleners krijgen betrouwbare informatie, maar alleen met toestemming van de patiënt. Zo verbeteren we de gezondheid en geven we patiënten meer regie over hun zorg.
- **Datadeling vermindert administratieve lasten voor zorgverleners**
Door gegevens digitaal te delen, verminderen we de administratieve lasten voor zorgprofessionals. Hierdoor ontstaat meer tijd voor de zorg zelf.
- **Data maken de zorg toekomstbestendig en innovatief**
We maken data herbruikbaar en toegankelijk voor goede zorg en andere doelen. Zo ontstaat een flexibele en lerende zorgsector die meebeweegt met maatschappelijke en technologische veranderingen.

2.7 Duurzaamheid

Als zorgverzekeraars en zorgkantoren willen we onze eigen organisatie verduurzamen én ons inzetten om de verduurzaming van het hele zorglandschap te versnellen (Zvw- en Wlz-breed). De Green Deal Samenwerken aan duurzame zorg (GDDZ) vormt hiervoor de basis. De GDDZ is ondertekend door Zorgverzekeraars Nederland, de verschillende zorgbranches, alle individuele zorgverzekeraars en zorgkantoren, en veel individuele zorgaanbieders. Veel zorgaanbieders en 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 GDDZ. Als zorgverzekeraars en zorgkantoren zorgen we voor afgestemd beleid en sluiten we zo veel mogelijk aan op de focuspunten die de zorgbranches het belangrijkst vinden.

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

Alle zorgverzekeringsbedrijven moeten rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu, conform de Europese richtlijn CSRD. Dit omvat de impact van hun eigen bedrijfsvoering én die van de hele keten van zorgaanbieders en (toe)leveranciers. De komende jaren werken we als zorgverzekeraars uit hoe we conform deze richtlijn kunnen rapporteren. Een belangrijk uitgangspunt is het minimaliseren of voorkomen van administratieve lasten. Bijvoorbeeld door zo veel mogelijk de informatie te gebruiken die al beschikbaar is. We kunnen echter nog niet uitsluiten dat we ook informatie bij zorgaanbieders moeten uitvragen.

Als we van zorgaanbieders verwachten dat zij informatie aanleveren die voor de CSRD-verplichtingen nodig is, dan kondigen we dat vóór 1 oktober 2026 aan via www.zn.nl en in een nieuwsbericht. Zonder aankondiging verwachten wij geen aanlevering. Meer informatie hierover kunt u vinden via het [dossier Duurzaamheid](#) op de website van ZN.

Op 26 februari 2025 presenteerde de Europese Commissie het ‘Omnibus-pakket’. Dat is een voorstel om de duurzaamheidswetgeving van de EU te vereenvoudigen. Dit voorstel is nog in behandeling. In welke mate dit voorstel leidt tot aanpassingen in de CSRD-verplichtingen, is nu niet te zeggen. Onze verduurzamingsambities voor de zorgsector blijven in ieder geval onverminderd van kracht.

Verduurzaming via zorginkoop

Als zorgverzekeraars willen we bijdragen aan een lagere klimaat- en milieu-impact van de zorg. Dit doen we door zelf te verduurzamen én door zorgaanbieders te stimuleren om (verder) te verduurzamen. We zoeken daarvoor samen naar initiatieven en oplossingen. We verwachten van zorgaanbieders dat zij:

- zich inspannen om de doelen van de GDDZ te behalen.
- duurzaamheid verankeren in hun strategie. Van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen.
- in hun jaarverslag of duurzaamheidsverslag rapporteren over hun duurzaamheidsprestaties voor zover die beschikbaar zijn.
- aantoonbaar voortgang boeken bij de uitvoering van het mobiliteitsplan (conform de GDDZ). Dit plan is gericht op een lagere CO₂-emissie vanuit vervoersbewegingen van medewerkers. Hiervoor hebben zorgaanbieders met meer dan 100 fte een [rapportageverplichting voor werkgebonden personenmobiliteit](#).

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door groene voorbeelden in de zorgsector te verspreiden. Zie bijvoorbeeld de Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars in deze [tabel](#) hebben verzameld. Groene initiatieven zijn ook te vinden op de websites van de GDDZ en Groene Zorgalliantie (GZA).

2.8 Doorontwikkeling van de zorginkoop voor stoppen met roken

In 2027 gebruiken we de lopende contractperiode om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit, de omvang en de kosten van de stopbegeleiding. We bereiden een kwalitatieve en kwantitatieve benchmark voor, die inzicht geeft in de verschillen tussen de aanbieders en de vormen van begeleiding. Deze inzichten gebruiken we om het zorginkoopbeleid voor stopbegeleiding verder door te ontwikkelen. In 2027 verkennen we welke manier van contracteren in de toekomst het meest passend is om te blijven sturen op de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg. Deze verkenning heeft geen gevolgen voor de contractering in 2027. Eventuele wijzigingen in de manier van inkopen of contracteren nemen we mee in toekomstig zorginkoopbeleid.

3. Voorwaarden zorginkoop

3.1 Wijzigingen in zorginkoopbeleid

Er zijn zowel geen wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2027 als in de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst voor stopbegeleiding in 2027.

3.2 Toelichting inkoopvoorwaarden

Dit hoofdstuk beschrijft de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst voor stopbegeleiding in 2027. Deze voorwaarden bestaan uit minimumeisen, uitsluitingsgronden, de voorwaarden voor eventuele nieuwe zorgaanbieders en de voorwaarden voor aanvullende zorginkoop. De minimumeisen zijn uitgewerkt in bijlage 1.

3.3 Voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst

3.3.1 Minimumeisen

Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst voor stopbegeleiding in 2027 moeten voldoen aan de minimumeisen in bijlage 1. Deze minimumeisen hebben onder andere betrekking op de kwaliteit van de zorg, de deskundigheid van de zorgverlener, de continuïteit, de registratie en de verantwoording. CZ groep toetst zorgaanbieders aan deze minimumeisen bij de beoordeling van de contractaanvraag.

3.3.2 Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2027 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;
- die eerder niet conform artikel 7.3 Regeling Zorgverzekering en/of artikel 7.4 Regeling Zorgverzekering heeft meegewerkt aan een onderzoek zoals bedoeld in artikel 7.4 Regeling Zorgverzekering;
- die onder verscherpt toezicht staat van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of een bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd heeft gekregen;
- die eerder aanzienlijk of voortdurend tekort is gekomen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met CZ groep, wat heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van die overeenkomst, tot schadevergoeding of tot andere vergelijkbare acties;
- waarbij CZ groep beschikt over aanwijzingen waaruit blijkt dat het aannemelijk is dat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet voldoende gewaarborgd is, vanwege onder andere - maar niet uitsluitend - ondoelmatigheden, onrechtmatigheden, financiële instabiliteit of andere (integriteits)beletselen.

3.3.3 Voorwaarden voor nieuwe zorgaanbieders

CZ groep wil dat iedere verzekerde toegang heeft tot stopbegeleiding. Om hier invulling aan te geven contracteren wij landelijke en regionale aanbieders en streven we naar een landelijk dekkend zorgaanbod. Daarnaast contracteren wij waar nodig telefonische en/of online begeleiding (zoals beeldbellen) voor verzekerden die geen begeleiding op locatie kunnen of willen ontvangen.

CZ groep heeft met de meeste aanbieders die in 2026 gecontracteerd zijn een meerjarige overeenkomst afgesloten die in 2027 doorloopt. Wij gaan ervan uit dat we daarmee voldoende stopbegeleiding hebben ingekocht om aan onze zorgplicht te voldoen. Als dat naar ons oordeel niet het geval is, kunnen we besluiten om aanvullende zorg in te kopen.

Nieuwe zorgaanbieders kunnen alleen in aanmerking komen voor een overeenkomst als zij:

- voldoen aan de geldende wet- en regelgeving en de minimumeisen in bijlage 1.
- aantoonbaar een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit, de toegankelijkheid en de doelmatigheid van stopbegeleiding, bijvoorbeeld op het gebied van kosten, samenwerking, succespercentages en/of innovatie.
- voorzien in een aanvulling op het bestaande zorgaanbod, bijvoorbeeld door het invullen van een (regionale) witte vlek.

Voldoet een nieuwe zorgaanbieder niet aan deze voorwaarden, dan komt die niet in aanmerking voor een overeenkomst. Op onze website is nadere informatie te vinden over het [aanvragen van een overeenkomst](#) voor stopbegeleiding. Voor nieuwe zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst, geldt het tijdpad in paragraaf 4.2.

CZ groep vindt het belangrijk dat zorgaanbieders bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening houden met verschillen tussen verzekerden, waaronder hun levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond en godsdienstige gezindheid, voor zover dit relevant is voor de manier waarop zij zorg willen ontvangen.

3.3.4 Aanvullende zorginkoop

We gaan ervan uit dat we in het komende inkoopproces voldoende zorg in kunnen kopen. Mochten we op enig moment constateren dat we (mogelijk) niet aan onze zorgplicht kunnen voldoen, dan kopen we aanvullende zorg in. Dat maken we via onze website bekend. We publiceren dan aanvullend inkoopbeleid.

4. Proces contractering

4.1 Tijdpad

Activiteiten	Planning
Vorbereiden, formuleren en publiceren van het zorginkoopbeleid 2027	Uiterlijk 1 april 2026
Online plaatsen MDS-format 2027	1 juni 2026
Online publiceren Deel II (Algemeen Deel) van de overeenkomst	1 augustus 2026
Insturen inhoudelijk uitgewerkt voorstel nieuwe aanbieders	Uiterlijk 1 september 2026
Insturen MDS-resultaten over de eerste 8 maanden van 2026	20 september 2026
Aanbieden van de overeenkomst	Uiterlijk 20 september 2026
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluiting van de contracteeronde. Op deze datum rondn wij dus ook de onderhandelingen/ contractbesprekingen af	Uiterlijk 1 november 2026
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2026

Aanbieders die in 2026 actief zijn als gekwalificeerde stopbegeleider, nemen alle patiënten die zij in 2026 hebben begeleid op in de minimale dataset.

4.2 Tijdpad contractering nieuwe aanbieders gedurende looptijd

Gedurende het kalenderjaar kunnen nieuwe zorgaanbieders aangeven dat zij in aanmerking willen komen voor een overeenkomst voor stopbegeleiding in 2027. Zij komen hiervoor in aanmerking als zij voldoen aan de voorwaarden voor nieuwe zorgaanbieders (zie paragraaf 3.3.3) en de minimumeisen voor stopbegeleiding (zie bijlage 1). In dat geval geldt de volgende tijdsplanning:

Activiteiten	Planning
De zorgaanbieder laat per e-mail aan smr-zorg@cz.nl weten dat hij/zij in aanmerking wil komen voor een overeenkomst. Daarbij stuurt de zorgaanbieder een inhoudelijke onderbouwing mee waaruit blijkt dat hij/zij voldoet aan de voorwaarden voor nieuwe zorgaanbieders en de geldende minimumeisen.	Vanaf 1 januari 2027
CZ groep beoordeelt de onderbouwing en biedt bij akkoord de overeenkomst aan. Als er nog vragen zijn, stellen we die. Voor aanvullende vragen hanteren wij een reactietermijn van 2 weken.	Binnen 2 weken na punt 1
De zorgaanbieder ondertekent de overeenkomst en CZ groep sluit het contracteerproces af.	Binnen 4 weken na het aanbieden van de overeenkomst
Publicatie van de nieuwe zorgaanbieder in het gecontracteerde zorgaanbod.	Binnen 2 weken na punt 3

4.3 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk op 12 november 2026 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2027. Op zorgvinder.cz.nl/ 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).

4.4 Bereikbaarheid

Bij vragen over de inhoud van dit zorginkoopbeleid kunt u contact opnemen met de afdeling Zorginkoop Stoppen met rokenbegeleiding. Bij vragen over de operationele zaken rondom een aangeboden of bestaande overeenkomst kunt u contact opnemen met de afdeling Relatiebeheer Zorgverleners, sector Alternatieve Zorg. Wij beantwoorden uw vragen binnen 2 weken.

Zorginkoop Stoppen met rokenbegeleiding

smr-zorg@cz.nl

Relatiebeheer Zorgverleners, sector Alternatieve Zorg

Registratie van de gegevens over contracten, personen en praktijken/instellingen

(0113) 27 46 62

rz.alternatievezorg@cz.nl

Specifieke vragen over individuele verzekerden

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

Bijlagen

Bijlage 1: Minimumeisen voor gekwalificeerde aanbieders van intensieve stopbegeleiding

CZ groep hanteert minimale eisen en richtlijnen voor gekwalificeerde stopbegeleiders die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst in 2027. Daarmee kunnen we de kwaliteit van de geleverde zorg garanderen:

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

Bijlage 2: Russell Standard

The criteria

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

Calculating success rates

- The 4-week success rate (4WSR) is $4WQ/TS$.
- The self-reported 4-week success rate (SR4WSR) is $SR4WQ/TS$.
- The 52-week success rate (52WSR) is $52WQ/TS$.