

Kortdurende zorg 2027

Zorginkoopbeleid CZ

Inhoudsopgave

Kortdurende zorg	2
Voorbehoud	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 kortdurende zorg	6
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2027	6
2.2 Visie CZ groep op kortdurende zorg	7
2.3 Gepaste en doelmatige zorg	7
2.4 Herinrichten zorglandschap	8
2.5 Digitale zorg en AI	9
2.6 Duurzaamheid	11
2.7 Zorgcoördinatie	12
2.8 Ketensamenwerking	13
2.9 Selectieve inkoop bijzondere doelgroepen	14
3. Voorwaarden zorginkoop	15
3.1 Toelichting inkoopvoorwaarden	15
3.2 Voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst	15
3.3 Aanvullende zorginkoop	16
4. Proces contractering	18
4.1 Tijdpad	18
4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	18
4.3 Bereikbaarheid	18
Bijlagen	20
Bijlage 1	20

Kortdurende zorg

Zorginkoopbeleid

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ), Eerstelijnsverblijf (ELV), Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) 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 kortdurende zorg

In dit hoofdstuk lichten we ons beleid voor 2027 verder toe. Een belangrijk speerpunt binnen ons beleid voor kortdurende zorg is het waarborgen van de toegankelijkheid. De aanspraken geriatrie revalidatiezorg (GRZ), eerstelijnsverblijf (ELV) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) blijven daarbij onmisbare schakels binnen de regionale zorgketens. ELV en GRZ vervullen een tijdelijke en overbruggende rol tussen de thuissituatie en de tweede lijn, terwijl GZSP steeds meer bijdraagt aan het versterken van de eerste lijn.

In een groeiend aantal regio's vervult de specialist ouderengeneeskunde (SO) een centrale rol bij complexe casuïstiek, waarmee bovendien de schaarse capaciteit van huisartsen wordt ontlast. Dit sluit naadloos aan bij de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord (IZA), waarin wordt ingezet op passende zorg, meer samenwerking in de keten en het duurzaam organiseren van de beschikbare capaciteit.

Daarnaast vormt het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) een belangrijk kader voor de regionale uitwerking van deze ambities. Binnen dit programma wordt gestuurd op een sterkere regionale samenwerking, een optimale doorstroom en het gezamenlijk organiseren van zorg op de juiste plek.

Voor 2027 blijven we inzetten op meer zelfredzaamheid, passende zorg, en digitale en technologische innovaties. Dat is nodig om de kwaliteit en de beschikbaarheid van kortdurende zorg te waarborgen.

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2027

De toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg staan onder druk door ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, de toenemende inzet van technologie en de noodzaak tot regionale transformatie. Ons beleid richt zich daarom op passende zorg, een sterke positionering van kortdurende zorg in de keten en een betere instroom, doorstroom en uitstroom via lokale en regionale coördinatie, samenwerking en afstemming.

2.1.1 Belangrijke wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2027

Binnen de kortdurende zorg spelen momenteel omvangrijke, landelijke ontwikkelingen. Denk aan de invoering van modulaire bekostiging en de verdere vormgeving van de regionale ouderenkliniek (ROK). Deze thema's worden binnen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zorgvuldig besproken en vragen om flink wat veranderkracht. Omdat deze onderwerpen langdurig spelen en breed gedragen worden, hebben wij ervoor gekozen om geen ingrijpende beleidswijzigingen op te nemen in ons zorginkoopbeleid voor 2027. Ons beleid geldt daarom voor een periode van 2 jaar. Hiermee bieden wij zorgaanbieders meer duidelijkheid en voorspelbaarheid, zodat zij zich kunnen richten op de landelijke uitdagingen van de komende jaren.

Dit zijn de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2026:

- Het zorginkoopbeleid is van toepassing voor 2027 én 2028.
- De ANW-functie wordt vanaf 2027 niet meer aanvullend gefinancierd.
- We hanteren een deelplafond voor bijzondere prestaties, zoals het ELV gesloten herstel en Korsakov.
- De waardemodellen voor ELV en GRZ krijgen een update:
- De NPS vervalt, in overeenstemming met de uniforme ZN-monitor.
- We voegen het aantal regionale verkeerde-bed-dagen van ziekenhuizen toe aan ons waardemodel.
- We voegen heropnames toe aan ons waardemodel.
- We voegen ambulante GRZ toe in het waardemodel.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

Dit zijn de belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst:

- Een staffelafpraak voor aanvullende inkoop maakt deel uit van de overeenkomst voor kortdurende zorg.
- De factuur voor de regionale coördinatiefunctie hoeft per 2027 niet meer door de zorgaanbieders aangeleverd te worden.
- De mogelijkheden voor aanvullende productieafspraken zijn gewijzigd (zie hoofdstuk 3).

2.2 Visie CZ groep op kortdurende zorg

De kortdurende zorg (ELV, GRZ en GZSP) speelt een sleutelrol bij het toekomstbestendig organiseren van de zorg. In onze visie biedt een sterke eerste lijn de basis voor een optimale instroom, doorstroom en uitstroom mits die wordt ondersteund door een goede triage, digitale mogelijkheden en samenhangende ketenafspraken. Kortdurende zorg voorkomt onnodige instroom in de tweede lijn, verkort opnames en draagt bij aan duurzaam thuis wonen.

CZ groep geeft richting aan deze ontwikkeling via de 3 transformatieclusters:

- **Gepaste en doelmatige zorg:** cliënten ontvangen alleen de zorg die noodzakelijk is en past bij hun situatie.
- **Herinrichten zorglandschap:** de juiste zorg op de juiste plek, met een sterkere eerste lijn en betere ketenafspraken.
- **Digitale zorg en AI:** hybride zorg, digitale triage en telemonitoring vergroten de toegankelijkheid en ontlasten de schaarse capaciteit.

Wij zien zorgcoördinatie als een noodzakelijke systeemmaatregel. Uniforme triage, actueel inzicht in de regionale capaciteit en duidelijke afspraken tussen ketenpartners zijn een voorwaarde om cliënten snel en veilig naar passende zorg te leiden.

Ambulante GRZ is hierbij een belangrijke vernieuwing: revalidatie thuis of nabij waar het kan en klinisch waar het moet. Hiermee vergroten we de toegankelijkheid, verkleinen we de klinische capaciteit en stimuleren we passende zorg in de eerste lijn. Ambulante GRZ draagt ook bij aan een betere doorstroom in de keten en eerder herstel.

Daarnaast ondersteunt CZ groep de invoering van modulaire bekostiging, die vanaf 2027 de experimentfase in gaat. Deze bekostiging maakt op- en afschalen binnen de GRZ en het ELV flexibeler en beter passend bij de zorgvraag, mits de doelmatigheid en de beheersbaarheid geborgd blijven.

Ook de experimenten met regionale ouderenklinieken dragen bij aan het voorkomen van ziekenhuisopnames en een snellere uitstroom. Deze voorzieningen, die als een schakel fungeren tussen de medisch-specialistische zorg (MSZ) en de kortdurende zorg, versterken de substitutie en dragen bij aan een regionale aanpak van acute en complexe ouderenzorg.

CZ groep streeft naar een keten voor kortdurende zorg waarin optimale toegang, doelmatigheid en samenwerking samenkomen. Een keten die toegankelijk blijft, regionaal gedragen wordt en aansluit op de behoeften van onze verzekerden.

2.3 Gepaste en doelmatige zorg

Binnen de kortdurende zorg streven we naar zorg die doelmatig en gepast is. Naar zorg die aantoonbaar bijdraagt aan de gezondheid en het functioneren van mensen, en die in verhouding is met de zorgvraag en de beschikbare middelen. De komende jaren ligt de nadruk op het verder ontwikkelen van waardegedreven zorgmodellen binnen het ELV als de GRZ. Daarbij verschuift de focus van productieprikkels naar uitkomsten die waarde opleveren voor de cliënt. Onze waardemodellen leiden tot meer inzicht in de kwaliteit en de kosten van zorgaanbieders. Daardoor kunnen we gericht (extra) volume inkopen.

Voor ELV palliatief terminale zorg (PTZ) zetten we (net als vorig jaar) in op volumevrije afspraken. We monitoren gedurende 2026 of zich ongewenste excessen voordoen. Hiermee voorkomen we dat financiële prikkels sturing geven aan de inzet van zorg in de laatste levensfase. Dit bevordert gepaste zorg én waardigheid voor de cliënt, omdat de benodigde intensiteit leidend is, in plaats van de vooraf afgesproken volumes.

Daarnaast vormt de introductie van de modulaire bekostiging voor ELV en GRZ een belangrijke stap naar passende zorg. Onderzoek van de NZa toont aan dat de huidige doelgroep binnen de kortdurende zorg heterogeen is, met een grote variatie in de behandelintensiteit. Modulaire bekostiging maakt het mogelijk om de vergoeding nauw aan te laten sluiten op de werkelijke zorgvraag en biedt ruimte om op en af te schalen op basis van de zorgbehoefte van de cliënt. Hierdoor ontstaat meer flexibiliteit en neemt de over- en onderbehandeling af. Deze bekostigingsvorm draagt aantoonbaar bij aan passende zorg, doordat die beter aansluit bij de diversiteit van de zorgvragen en ruimte laat voor specifieke zorgvragen. CZ groep ziet naast deze voordelen ook een aantal risico's, zoals sterk stijgende zorgkosten. We zijn actief betrokken bij dit experiment om waar nodig bij te sturen.

Om groei mogelijk te maken én de betaalbaarheid te bewaken, hanteren wij bij aanvullende productieafspraken een staffel. Die maakt gecontroleerde overproductie mogelijk, zodat aanbieders kunnen opschalen als de regionale zorgvraag stijgt. Tegelijkertijd voorkomen we dat vaste kosten dubbel worden vergoed, doordat het tarief voor de productie boven het initieel overeengekomen plafond wordt verlaagd. In de kostprijs van elke prestatie zit immers een vaste component, zoals overhead, die relatief kleiner wordt naarmate het volume stijgt. Door deze vaste kosten niet opnieuw volledig te financieren, houden we grip op de doelmatigheid en zorgen we dat extra productie tegen een realistisch en verantwoord tarief wordt vergoed. Daarmee blijft de zorg toegankelijk, zonder dat er een extra productieprikkel of onnodige kostenstijging ontstaat.

Samen versterken deze uitgangspunten de beweging naar een zorglandschap waarin kwaliteit, passende inzet, doelmatigheid en uitkomsten centraal staan. Hiermee sluiten we aan bij landelijke kaders als het IZA en de regionale afspraken binnen het AZWA. Die sturen beide op passende zorg, ketensamenwerking en duurzaam georganiseerde capaciteit.

2.4 Herinrichten zorglandschap

Met de herinrichting van het zorglandschap zorgen we voor toekomstbestendige, passende zorg. Binnen de afspraken GRZ, ELV en GZSP zien we een duidelijke beweging die de tweede lijn ontlast, de eerstelijnszorg versterkt en betere samenhang creëert tussen zorgvormen en regio's. De ambitie is om te zorgen voor de juiste zorg op de juiste plek, waarbij de zorg zo dicht mogelijk bij huis en zo doelmatig mogelijk wordt georganiseerd.

Transformatieplannen en zorgcoördinatie

De regio's stellen transformatieplannen op om de keten te versterken en de triage, de samenwerking en de zorgcoördinatie te verbeteren. Daarbij worden inhoudelijke en operationele afspraken gemaakt met de ROAZ-regio's en de zorgaanbieders. Deze transformatie sluit aan bij landelijke programma's, zoals de leidraad zorgcoördinatie van ZN, waarbinnen integrale triage, samenwerking en een eenduidige organisatie van de acute en kortdurende zorg centraal staan. Met de transformatieplannen rondom zorgcoördinatie wordt de toekomstige toegang tot de kortdurende zorg geregeld. Coördinatiefuncties binnen de ketens voor ELV en GRZ spelen hierin een belangrijke rol. Ze bieden op regioniveau inzicht in vraag en aanbod, sturen bij als er knelpunten ontstaan en helpen om de capaciteit optimaal te benutten. Tegelijkertijd wordt er gewerkt aan de opschaling naar één robuuste coördinatiefunctie per zorgkantoorregio.

Regionale ouderenkliniek (ROK)

Door het hele land vinden experimenten plaats met regionale ouderenklinieken (ROK). Die maken het mogelijk om ouderen sneller uit het ziekenhuis te ontslaan. Deze centra functioneren als regionale expertisepunten waar intensievere ELV-zorg wordt geleverd. Binnen deze klinieken speelt de specialist ouderengeneeskunde een centrale rol, in samenwerking met de geriater. Daarmee vormt de ROK een alternatief voor laagcomplexere ziekenhuisopnames en past die bij de visie om zorg te verschuiven van de tweede naar de eerste lijn. Deze centra dragen bij aan het voorkomen van instroom in de MSZ van kwetsbare ouderen. Een ROK is daarmee een belangrijke schakel om de druk op de ziekenhuizen te verminderen.

De uitgangspunten voor de contractering van een ROK zijn op ZN-niveau beschreven en worden met Actiz verder afgestemd.

Ambulante GRZ

In Nederland is een duidelijke beweging ingezet richting ambulante GRZ. Sinds 2025 is het mogelijk om GRZ zonder klinische opname te starten en vanaf 2026 wordt ambulante revalidatie actief gestimuleerd. Hiermee ontstaat een hybride revalidatieketen waarin thuis revalideren steeds meer de norm wordt. CZ groep ziet ambulante GRZ als een essentiële stap richting toekomstbestendige revalidatiezorg: thuis waar mogelijk, klinisch waar nodig. Ambulante GRZ bevordert de toegankelijkheid, vermindert de druk op de klinische capaciteit en ondersteunt de transitie naar passende zorg in de eerste lijn. Deze zorgvorm vereist echter een zorgvuldige implementatie vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroep en de verhoogde eisen aan veiligheid, logistiek en samenwerking buiten de kliniek.

Voor een succesvolle implementatie van ambulante GRZ hanteren wij de volgende kritische succesfactoren:

- Er is sprake van budgetneutraliteit en het afbouwen van klinische GRZ-capaciteit om dubbele financiering te vermijden.
- Contractering vindt uitsluitend plaats bij aanbieders die aantoonbare ervaring hebben met ambulante revalidatie en die werken binnen goed georganiseerde regionale ketens.
- De cliënt moet medisch stabiel zijn en de thuissituatie moet veilig zijn.
- Er moet een multidisciplinair team beschikbaar zijn dat waar nodig snel kan opschalen.
- Heldere behandeldoelen, digitale monitoring en adequate informatieoverdracht tussen het ziekenhuis, de huisarts en het revalidatieteam zijn voorwaarden voor veiligheid en effectieve zorg.

CZ groep verwacht dat ambulante GRZ leidt tot kortere hersteltijden, een hogere cliënttevredenheid en meer zelfredzaamheid zonder dat de totale zorgkosten stijgen. In 2027 zetten we daarom in op de verdere uitrol van ambulante GRZ, onder de voorwaarde dat de kwaliteit, de veiligheid en de doelmatigheid aantoonbaar geborgd zijn.

GZSP

ZN heeft uitgangspunten opgesteld voor de **individuele zorg** en de **groepsbehandelingen** binnen de GZSP. Hierover voeren zij periodiek overleg met de brancheorganisaties, zodat zo veel mogelijk partijen hiermee kunnen werken en deze uitgangspunten recht doen aan de GZSP. Hierbij worden ook de voorwaarden voor het regiebehandelaarschap en taakherschikking beschreven.

Voor 2027 zijn er ook gedeelde uitgangspunten opgesteld voor het **zorgtraject voor kwetsbare patiënten**. Dit is een relatief nieuwe prestatie. Zorgverzekeraars zien de huidige invulling van trajectzorg nadrukkelijk als zorg in ontwikkeling. Ook deze uitgangspunten zijn dus in ontwikkeling. We vertrouwen erop dat we hiermee samen met het werkveld kunnen leren en onderzoeken in welke situaties zorgtrajecten nodig zijn, voor welk type patiënt en binnen welke context en voorwaarden. Deze uitgangspunten zijn gebaseerd op de huidige context en worden in overleg met het werkveld periodiek herzien op basis van nieuwe inzichten en ontwikkelingen.

Koppeling met de MSZ: afbuigen van zorg naar de eerste lijn

De herinrichting van de kortdurende zorg sluit aan op de beweging in de MSZ om zorg waar mogelijk af te buigen naar de eerste lijn. CZ groep experimenteert met anderhalvelijnszorg, triagefuncties en een betere samenwerking tussen de huisarts, de GGZ, de MSZ en de verpleeg- en verzorgingshuizen (V&V). De herinrichting van het zorglandschap vraagt om samenhang tussen:

- de regionale zorgcoördinatie en triagekaders;
- innovatieve zorgvormen, zoals ouderenklinieken;
- de verdere opschaling van ambulante GRZ;
- ondersteuning van de huisarts door de specialist ouderengeneeskunde meer in te zetten;
- een stevige koppeling met de MSZ-afspraken om écht tot substitutie te komen.

Op die manier kan de kortdurende zorg de tweede lijn ontlasten, de eerste lijn versterken en passende zorg in de regio duurzaam organiseren.

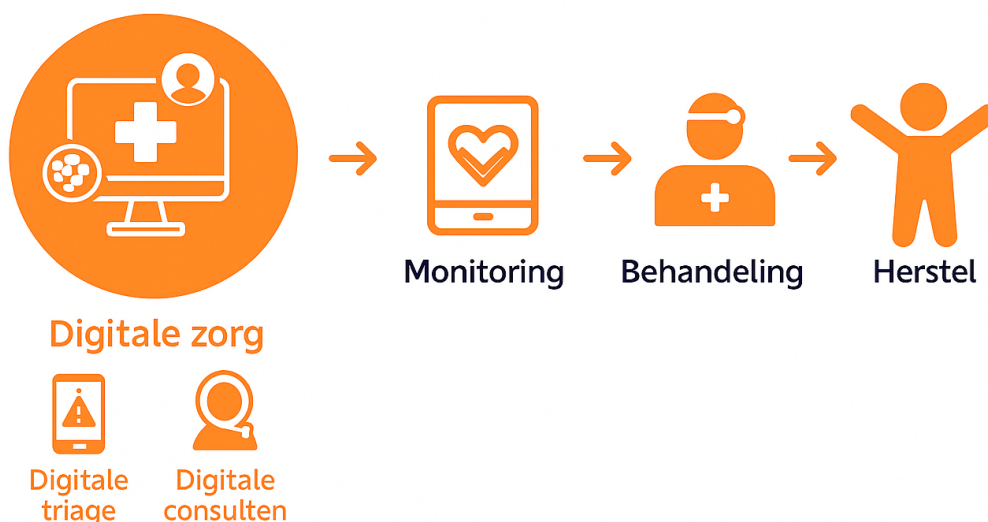
2.5 Digitale zorg en AI

Digitale zorg en AI zijn essentieel om de kortdurende zorg toekomstbestendig in te richten. CZ groep wil dat digitale technologie structureel geïntegreerd wordt in de zorg voor kwetsbare ouderen en specifieke patiëntgroepen, zodat de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief hoogwaardig blijft. Dit sluit aan bij de ambities uit het IZA en het AZWA, waarin gegevensuitwisseling en de digitalisering van zorgprocessen belangrijke speerpunten zijn.

Digitale zorg als norm in de kortdurende zorg

Wij zien digitale zorg als een normaal onderdeel van het zorgproces. Effectieve technologie zou wat ons betreft op grote schaal moeten worden toegepast in het ELV, de GRZ en de GZSP. Denk aan: digitale triage, zelfzorgmodules, monitoring op afstand en AI-ondersteunde diagnostiek. Technologie kan fysieke contactmomenten vervangen, maar kan vooral ook ondersteunen waar fysieke inzet nodig blijft. Hierdoor ontstaat een hybride zorgmodel dat beter aansluit bij de wisselende zorgbehoeften en de schaarse capaciteit. Voor de kortdurende zorg betekent dit dat aanbieders digitale zorg integraal inpassen in hun bestaande behandel- en triageprocessen. Bijvoorbeeld door digitale voortriage in te zetten bij verwijzers, digitale consulten binnen de GZSP of telemonitoring binnen GRZ-trajecten.

Hybride zorg binnen de kortdurende zorg



AI als hulpmiddel voor professionals en ketenpartners

AI is een 'stille kracht' op de achtergrond. CZ groep benadrukt dat AI primair wordt ingezet om zorgprofessionals te ondersteunen, niet om hen te vervangen. AI kan de administratieve lasten verlagen, ontwikkelingen in casuïstiek signaleren (zoals een achteruitgang in revalidatietrajecten), helpen bij de planning en het capaciteitsmanagement, en bijdragen aan betere triagebeslissingen. Hierbij blijft de menselijke professional altijd eindverantwoordelijk.

Binnen het ELV en de GRZ betekent dit onder andere dat AI kan bijdragen aan:

- vroegsignalering van complicaties in revalidatietrajecten (valrisico, achteruitgang van de mobiliteit);
- de ondersteuning van triagefuncties binnen de regionale coördinatiefuncties;
- een betere inzet en planning van de schaarse SO- en paramedische capaciteit.

Van pilot naar praktijk: versnellen en opschalen

Veel digitale innovaties zitten nu nog in de pilotfase, terwijl bewezen effectieve toepassingen opgeschaald moeten worden. Voorbeelden zijn digitale triage in de huisartsenketen en digitale zelfzorgmodules (zoals Thuisarts.nl en digitale valrisicoscreening), die ook direct impact hebben op de instroom in het ELV, de GRZ en de GZSP. CZ groep wil dat zorgaanbieders succesvolle interventies niet langer projectmatig inzetten, maar structureel integreren in hun zorgpaden. Binnen de GRZ en het ELV betekent dit:

- digitale follow-up tijdens de revalidatie thuis;
- monitoring om vroegtijdig stagnaties in het herstel op te merken.

Voor de GZSP omvat het onder meer de digitale consultatie van de SO rond de huisarts en de inzet van AI-ondersteunde diagnosetools.

Digitale zorg als onderdeel van regionale ketenafspraken

Digitale zorg en AI worden expliciet onderdeel van de regionale keten- en transformatieafspraken. Binnen de kortdurende zorg moeten digitale toepassingen bijdragen aan minder instroom in de tweede lijn, sneller ontslag uit het ziekenhuis en een betere doorstroom naar de thuissituatie. Dit sluit aan bij de transformatieprogramma's in onder meer de MSZ en de ouderenzorg. Daarin worden digitale triage, telemonitoring en digitale consultatie gekoppeld aan de regionale zorgcoördinatie. Vooral voor de kortdurende zorg betekent dit:

- de inzet van beeldzorg bij het ELV als ondersteuning van de triage en het medisch toezicht;
- digitale multidisciplinaire overleggen (MDO's) voor de GRZ;
- digitaal ondersteunde consultatie rond complexe GZSP-cliënten.

Bijdrage aan toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid

Digitale zorg draagt concreet bij aan:

- de toegankelijkheid van zorg: snellere triage, directe hulp op afstand.
- de kwaliteit van zorg: continuïteit, vroegsignalering via AI.
- de betaalbaarheid van zorg: minder reistijd, minder fysieke consulten, een efficiëntere inzet van menskracht.

CZ groep waakt er wel voor dat digitale zorg niet als extra laag boven op bestaande zorg komt, maar daadwerkelijk zorg vervangt, voorkomt of vermindert. Dit is een harde voorwaarde bij alle afspraken over digitalisering.

2.5.1 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.

2.6 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.

2.6.1 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.

2.6.2 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).

2.7 Zorgcoördinatie

2.7.1 Brede visie op zorgcoördinatie

De acute zorgketen staat onder druk door de toenemende zorgvraag en de beperkte personele capaciteit. Zorgcoördinatie is daarom landelijk aangewezen als systeemmaatregel om de toegankelijkheid te borgen, de triage te verbeteren en de acute keten te ontlasten.

In lijn met het IZA en het AZWA zetten alle ROAZ-regio's stappen richting regionale zorgcoördinatievoorzieningen (ZCV's). De belangrijkste opgaven zijn: een uniformere triage, beter inzicht in de regionale capaciteit, afstemming tussen de ketenpartners en een governancestructuur die opschaling mogelijk maakt. De juridische en ICT-randvoorwaarden zijn nog in ontwikkeling, maar meerdere regio's zetten al tijdelijke oplossingen in.

CZ groep ziet zorgcoördinatie als een noodzakelijk onderdeel van het transformatiecluster 'herinrichten zorglandschap', omdat het bijdraagt aan de toegankelijkheid en een efficiëntere inzet van de schaarse capaciteit.

Bekostiging en inkoopkader

In 2027 wordt zorgcoördinatie structureel ingebed in de reguliere zorginkoop. Tijdelijke implementatiekosten worden gedekt met transformatiegelden, conform de transformatieplannen. Structurele kosten moeten binnen de bestaande contractkaders passen. De kernprincipes zijn:

- **Doelmatigheid en budgetneutraliteit:** meerkosten moeten zich binnen de looptijd terugverdienen via efficiëntere triage, minder druk op de Spoedeisende Hulp (SEH) en een betere doorstroom.
- **Resultaatgerichtheid:** de tijdelijke financiering vanuit de transformatieplannen moet leiden tot aantoonbare verbeteringen in de bereikbaarheid, het capaciteitsoverzicht en uniforme triage.
- **Voorkomen van dubbelfinanciering:** we moeten voorkomen dat er sprake is van dubbele financiering.
- **Vooraf helderheid:** de afspraken over de medische verantwoordelijkheid, de governance en de inzet van ICT moeten vooraf helder zijn.
- **Uniforme landelijke lijn:** CZ groep volgt de gezamenlijke kaders van ZN.

Conclusie

Zorgcoördinatie is in potentie een belangrijke maatregel voor toekomstbestendige acute zorg. CZ groep ondersteunt de landelijke koers en borgt de implementatie daarvan via inkoopafspraken, de inzet van (al toegekende) transformatiegelden en duidelijke resultaatsverplichtingen. Wij voeren onze rollen als aanjager, cocreatiepartner, financier en bewaker van de voortgang integraal uit binnen de reguliere inkoopcyclus en via onze deelname aan landelijke gremia.

De belangrijkste risico's zijn onder meer: draagvlak in de keten, de juridische borging, ICT-ontwikkelingen en de afhankelijkheid van de landelijke programmasturing. Die ondervangen we door een gestandaardiseerde governance, regionale samenwerking en actieve monitoring.

Onze conclusie is dat zorgcoördinatie noodzakelijk en haalbaar is, mits de landelijke en regionale partners gezamenlijk blijven optrekken binnen de afgesproken kaders. Hiermee vormt zorgcoördinatie een sleutel om de toegankelijkheid en de doelmatigheid in de acute keten te borgen.

2.7.2 Regionale coördinatiefuncties binnen de kortdurende zorg

Specifiek voor de kortdurende zorg financieren we al enkele jaren de regionale coördinatiefuncties. Dat doen we conform het uniforme beleid van ZN.

2.8 Ketensamenwerking

Binnen de kortdurende zorg streven wij naar zorg die dichtbij, doelmatig en passend is. Daarom zetten wij gericht in op 3 verbeteropgaven:

2.8.1 Revalideren dicht bij huis

We zien dat patiënten binnen de GRZ regelmatig onnodig ver van huis revalideren. Vaak komt dit door vaste verwijspatronen vanuit ziekenhuizen. Dit is onwenselijk voor cliënten en hun mantelzorgers en het staat haaks op het principe van passende zorg. CZ groep gaat hier actief op sturen door ziekenhuizen en aanbieders waar nodig aan te spreken op een regionale plaatsing en door de doorstroomafspraken te versterken.

2.8.2 Verminderen van praktijkvariatie in de electieve orthopedie

Tussen regio's en aanbieders bestaan aanzienlijke verschillen in de GRZ-instroom na electieve orthopedie. Deze variatie duidt op verschillen in triage, behandelcultuur en verwijsgedrag. Wij analyseren deze variatie, vragen zorgpaden op en gaan het gesprek aan als deze patronen afwijken van wat passend is.

2.8.3 Betere ketensamenwerking om verkeerde-bed-dagen te voorkomen

Verkeerde-bed-dagen vormen een duidelijke ketenopgave. CZ groep verwacht dat aanbieders en ketenpartners deze dagen tijdig signaleren, samen optrekken en oplossingen organiseren als de lokale of regionale knelpunten structureel worden. Bij langdurig hoge aantallen denkt CZ groep actief mee in regionale oplossingen, zoals de inzet van coördinatiefuncties, een verbetering van de triage of een herverdeling van de capaciteit.

2.9 Selectieve inkoop bijzondere doelgroepen

De zorg voor patiënten met Korsakov en voor patiëntgroepen met specifieke zorgvragen die een gesloten herstel vragen, veroorzaken meer zorgkosten dan vanuit het reguliere ELV-tarief bekostigd kunnen worden. Het gaat hierbij om een kleine doelgroep waarvoor specifieke expertise nodig is en waarvoor we verwijzers zo goed mogelijk ondersteunen om regionaal de juiste zorg en behandeling te organiseren. Deze experimenten zijn tot stand gekomen na discussies over de plaats waar deze patiënten opgenomen kunnen worden en de twijfel of daar wel de juiste behandeling geboden kan worden.

Bij het ELV is er sprake van zorg volgens de Zorgverzekeringswet. Daarom moeten we de zorg in het experiment goed afbakenen in de prestatie. Hierover zijn diverse gesprekken gevoerd met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Voor de prestaties 'ELV voor patiënten met (een vermoeden van) Korsakov' en 'ELV op een gesloten herstelafdeling' lijkt dit een passende mogelijkheid. De conceptbeschrijvingen zijn vormgegeven in samenwerking met zorgaanbieders en de NZa.

De NZa omschrijft deze zorg functioneel, waardoor het niet mogelijk is om voorwaarden op basis van kwaliteit aan de omschrijving toe te voegen. Zorgverzekeraars vinden het belangrijk om deze zorg in te kopen bij een select aantal aanbieders die de juiste expertise kunnen waarborgen. In het zorginkoopbeleid voor 2027 zijn daarom op ZN-niveau *gezamenlijke voorwaarden* opgesteld voor de prestaties 'ELV voor patiënten met (een vermoeden van) Korsakov' en 'ELV op een gesloten herstelafdeling'.

De prestatie ANW-zorg heeft niet gebracht wat wij ervan verwachtten. Er is onvoldoende transparantie en er is vrijwel geen inzicht in het aantal en de aard van de feitelijke ANW-opnames. Daarnaast lukt het zorgaanbieders in veel regio's niet om op ROAZ-niveau tot gedragen en structurele afspraken te komen over de organisatie van deze functie. Dit leidt tot onduidelijkheid, variatie en een gebrek aan eenduidige samenhang in de acute keten. Daarom maakt CZ groep voor 2027 geen aanvullende financieringsafspraken meer voor de ANW-functie.

3. Voorwaarden zorginkoop

3.1 Toelichting inkoopvoorwaarden

3.1.1 Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2026 een overeenkomst GRZ, ELV en/of GZSP hebben met CZ groep en die op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. Zij krijgen voor 2027 een 1-jarige overeenkomst aangeboden, tenzij we daarover iets anders hebben afgesproken. Meer informatie hierover vindt u in de aanbestedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2027.

3.1.2 Meerjarenafspraken met strategische zorgaanbieders

CZ groep wil met enkele strategische zorgaanbieders binnen de kortdurende zorg afspraken maken voor 3 jaar. Deze aanpak sluit aan bij onze wens om stabiliteit, voorspelbaarheid en een gezamenlijke ontwikkeling voor de lange termijn te bevorderen in de regionale zorgketen.

Afgelopen jaar hebben wij met succes meerjarige afspraken gemaakt met 3 strategische aanbieders. Daarbij heeft deze langdurige samenwerking geleid tot duidelijke winst op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid, een betere ketenafstemming en meer rust in de contractering. Het ligt daarom voor de hand om op deze manier verder te gaan.

Wij nodigen zorgaanbieders met een aantoonbare strategische positie in ons kernwerkgebied uit om samen met ons de mogelijkheden te verkennen voor een 3-jarig contract. Hierbij kijken wij onder andere naar de regionale impact, de samenwerking in de keten, de prestaties in het waardemodel en de mate waarin de aanbieder bijdraagt aan passende en toekomstbestendige kortdurende zorg.

3.2.3 Nieuwe zorgaanbieders

Naar verwachting kunnen we met de huidige gecontracteerde zorgaanbieders voldoen aan onze zorgplicht voor het ELV en de GRZ. Daarom contracteren we hiervoor geen nieuwe zorgaanbieders, tenzij blijkt dat er knelpunten ontstaan en we hierdoor niet meer kunnen voldoen aan onze zorgplicht.

Voor de GZSP hebben we naar verwachting ook voldoende gecontracteerd zorgaanbod voor de dagbehandeling van cliënten met een lichamelijke beperking en/of niet-aangeboren hersenletsel (NAH), voor cliënten met de ziekte van Huntington en voor de groep sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG).

Voor de overige functies (specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, gedragswetenschappers en dagbehandelingen voor kwetsbare patiënten) kunnen nieuwe zorgaanbieders zich wél inschrijven voor een overeenkomst. Zo willen we de toegankelijkheid van de GZSP verbeteren. Wij streven ernaar om de zorgaanbieder binnen 2 maanden na diens inschrijving te laten weten of we een overeenkomst willen aanbieden.

3.2 Voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst

3.2.1 Minimumeisen

We hanteren per verstrekking enkele minimumeisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. Deze eisen zijn als bijlage bij dit document gevoegd. CZ groep gaat hierbij uit van het principe *high trust, high penalty*.

3.2.2 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 Aanvullende zorginkoop

CZ groep hanteert voor 2027 3 routes voor aanvullende zorginkoop. Hiermee bieden we zorgaanbieders duidelijkheid, voorspelbaarheid en ruimte voor maatwerk, terwijl de doelmatigheid en onze zorgplicht geborgd blijven. Dit betekent dat de oude werkwijze (het online aanleveren van een ophogingsverzoek) komt te vervallen.

3.3.1 Sturen op de initiële en realistische afspraak (standaardroute)

CZ groep gaat uit van de initiële productieafpraak die voorafgaand aan het inkoopjaar is vastgesteld. Deze afspraak is gebaseerd op een realistische verwachting van de zorgvraag en de prestaties. Van zorgaanbieders verwachten wij dat zij hun productie gelijkmatig spreiden en binnen het overeengekomen plafond leveren. Zorgaanbieders hebben geen verplichting om nieuwe patiënten in zorg te nemen als zij het omzetplafond bereiken. Wij ontvangen graag een bericht als u een stop invoert voor nieuwe cliënten. Dit staat ook beschreven in de overeenkomst. U kunt een cliëntenstop melden via het algemene e-mailadres van onze inkopers en bij het CZ zorgteam. U vindt deze mailadressen in paragraaf 4.3.

3.3.2 Aanvullende zorginkoop via staffelafspraken

Voor aanbieders die aanvullend volume willen leveren, bieden we een staffel waarbij het tarief afhankelijk is van de score op het waardemodel. We werken het concrete voorstel verder uit en lichten dit medio augustus toe in de aanbestedingsbrief.

- Aanbieders met een hogere doelmatigheidsscore ontvangen een relatief gunstige opslag.
- Aanbieders met lagere scores ontvangen een tarief dat past bij hun kostenniveau en prestaties. Deze systematiek sluit aan bij ons beleid om doelmatige zorg te stimuleren en financiële prikkels te verbinden aan kwaliteit en doelmatigheid.

3.3.3 Alternatieve offerte: lager tarief in ruil voor volumevrije afspraak

Afgelopen jaar hebben we meerdere zorgaanbieders gesproken die een principieel bezwaar hebben tegen het hanteren van een staffel binnen de kortdurende zorg. Voor hen bieden wij de mogelijkheid om een alternatieve offerte uit te brengen. In deze offerte kan de aanbieder een scherp tarief voorstellen in ruil voor een volumevrije afspraak. Deze route is bedoeld voor aanbieders die overtuigd zijn van hun doelmatigheid en voorspelbaarheid, en die op basis daarvan een bestendige meerjarige afspraak willen maken. Om in aanmerking te komen voor deze alternatieve contractvorm gelden de volgende minimale eisen:

- De zorgaanbieder heeft een jaaromzet van minimaal € 1 miljoen binnen de kortdurende zorg.
- De aanbieder scoort een A in het waardemodel, of een B waarbij minimaal 80% van de punten op het kostenonderdeel is behaald.
- De aanbieder is actief binnen ons kernwerkgebied, zodat de congruentie, de zorgplicht en de regionale afstemming geborgd blijven.

CZ groep beoordeelt de ingediende offertes integraal op doelmatigheid, kwaliteit en voorspelbaarheid, in lijn met de reguliere beoordelingssystematiek voor offertes. Voldoet de aanbieder aan de bovengenoemde criteria én draagt die bij aan een gezonde inzet van middelen in de regio, dan kan CZ groep besluiten om een volumevrije afspraak aan te gaan. Met dit aanbod willen we ruimte bieden aan aanbieders die aantoonbaar efficiënt en voorspelbaar werken, terwijl tegelijkertijd de financiële houdbaarheid en gelijke kaders voor alle aanbieders gewaarborgd blijven.

4. Proces contractering

4.1 Tijdpad

Activiteiten	Planning
Vorbereiden, formuleren en publiceren van het zorginkoopbeleid 2027	Uiterlijk 1 april 2026
Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie van VECOZO	Tussen 1 mei en 31 mei 2026
De zorgaanbieder deelt op verzoek zijn strategisch beleid met de zorgverzekeraar of verwijst naar de plek waar deze informatie te vinden is	Uiterlijk 1 juni 2026
Aanleveren van de GRZ-monitor door zorgaanbieders	Uiterlijk 21 mei 2026
Verzending van de waardemodellen en spiegelrapportagesets voor ELV, GRZ en GZSP, inclusief productievoorstel	Uiterlijk 31 augustus 2026
Uiterste reactietermijn op de voorgestelde productieafspraken	30 september 2026
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 2026
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2026

4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk op 12 november 2026 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2027. 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).

4.3 Bereikbaarheid

In onze kernwerkgebieden voert een vaste zorginkoper het relatiebeheer uit. De overige gebieden hebben geen eigen zorginkoper. In dat geval kunt u onderstaande e-mailadressen gebruiken, afhankelijk van het onderwerp waarover u een vraag hebt:

Onderwerp vraag	ELV	GRZ	GZSP
Contractering, monitoring en inschrijving	rz.eerstelijnsverblijf@cz.nl	rz.grz@cz.nl	rz.gzsp@cz.nl
Declaraties	decl.wijkverpleging@cz.nl	decl.wijkverpleging@cz.nl	decl.wijkverpleging@cz.nl
Zorginkoopbeleid	inkoopvvt.zvw@cz.nl	inkoopvvt.zvw@cz.nl	inkoopvvt.zvw@cz.nl
Zorginhoudelijke vraag over een verzekerde	zorgteam@cz.nl		
Individuele casuïstiek voor machtigingen ter beoordeling aan ons voorleggen		Afhankelijk van de verzekering van de cliënt: mbz.specialistenhulp@cz.nl mbz.specialistenhulp@nn-zorg.nl mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl	

Let op dat u geen verzekerdengegevens meestuurdt naar de algemene e-mailadressen. Alleen naar de adressen van zorgteam@cz.nl en mbz.specialistenhulp@cz.nl is dit wel toegestaan.

Wij beantwoorden uw vraag binnen 2 weken, conform de richtlijnen van de NZa. Als dit niet mogelijk is, dan informeren wij u daar tijdig over. Wij rekenen op uw vlote medewerking om de contractering volgens de planning af te ronden.

Meer informatie over ELV, GRZ en GZSP vindt u ook op onze website:

- Zorgaanbieders van GRZ, ELV en GZSP - CZ

Bijlagen

Bijlage 1

Minimumeisen ELV

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een Wtza-beschikking. Bij hoogcomplex ELV zijn er 24/7 verpleegkundigen van niveau 4/5 aanwezig.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZA.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (en handelt volgens de richtlijnen en protocollen die de beroepsgroep hanteert, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan kwaliteitsverbetering. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en waar een onafhankelijke toetsing (externe audit) aan verbonden is.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties per doelgroep binnen het ELV.
- De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.
- Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage ELV tijdig en volledig in.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- Voor de contractering voor de prestatie 'hoogcomplex ELV' geldt dat een zorgaanbieder een aanbod van GRZ én ELV heeft. Uitzondering hierop vormen regio's waar door niet-contracteren een onacceptabel lange reisafstand voor verzekerden ontstaat (meer dan circa 25 kilometer of meer dan 30 minuten reistijd). In die gevallen maakt CZ groep afspraken over de manier waarop de zorgaanbieder de kwaliteit van zorg kan borgen door een andere manier van samenwerken met andere organisaties. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid.
- De zorgaanbieder neemt deel aan een regionale coördinatiefunctie, waarin in ieder geval sprake is van 1 telefoonnummer voor huisartsen en ziekenhuizen die ELV willen inzetten. Verder is de actuele beschikbaarheid van bedden duidelijk. Ook is er een consultatiefunctie ingericht voor de specialist ouderengeneeskunde.
- De zorgaanbieder maakt afspraken over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen het ziekenhuis en het ELV en tussen de huisarts en het ELV bij opname en ontslag.

Aanvullende eisen ELV palliatief terminale zorg

Voor zorgaanbieders die het ELV aanbieden voor palliatief terminale zorg, gelden de volgende aanvullende eisen:

- Er is een setting met eenpersoonkamers.
- Er zijn 24/7 verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5 beschikbaar, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers zich (bij)scholen op het gebied van palliatieve zorg.
- Een verpleegkundige met minimaal niveau 4 is de eerstverantwoordelijke verpleegkundige en dus ook het eerste aanspreekpunt voor de cliënt.
- De zorgaanbieder beschikt over een palliatief verpleegkundige die direct betrokken is bij het primaire proces. Huisartsen en/of specialisten ouderengeneeskunde uit het consultatieteam zijn ten minste gestart met de kaderopleiding Palliatieve zorg of de zogeheten Cardiff-opleiding Palliatieve zorg. De zorgaanbieder maakt indien nodig aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening, tenzij de eigen huisarts of specialist ouderengeneeskunde deze opleiding volgt of heeft gevolgd.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ).
- De zorgaanbieder werkt volgens de Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0 en het Zorgpad Stervensfase.
- De zorgaanbieder werkt samen met het regionale team of maakt gebruik van subregionale consultatievoorzieningen (TOPZ: Team Ondersteuning Palliatieve Zorg).
- De zorgaanbieder maakt in het zorgleefplan (naast de fysieke, psychische en sociale aspecten) ook zichtbaar dat hij de cliënt de gewenste geestelijke en spirituele zorg biedt, en dat hij ook de naasten van de cliënt begeleiding en nazorg biedt.

- Nazorg is onderdeel van de palliatieve zorg. Het gaat hierbij concreet om 1 of 2 gesprekken of telefoontjes met de nabestaanden over het verloop van de palliatieve fase van de overledene en over hoe zij de begeleiding daarvan hebben ervaren.
- De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van de LESA-richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak) en de regionale transmurale afspraken (RTA) op het gebied van palliatieve zorg (als die aanwezig zijn binnen het werkgebied).
- De zorgaanbieder maakt gebruik van VPTZ-vrijwilligers (vrijwilligers palliatieve terminale zorg). Zij bieden ondersteuning, rust en concrete hulp in de laatste levensfase.
- De zorgaanbieder kan patiënten niet verplichten tot een eigen bijdrage. ELV PTZ betreft een integraal tarief waarop een aanvullende betaling door onze verzekerden niet opportuun is.

Minimumeisen GRZ

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een WTZi-beschikking. Er zijn 24/7 verpleegkundigen van niveau 4/5 aanwezig.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (en handelt volgens de richtlijnen en protocollen die de beroepsgroep hanteert, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan kwaliteitsverbetering. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat verbonden is aan een onafhankelijke toetsing (externe audit).
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties (per doelgroep) voor GRZ.
- De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.
- Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage GRZ tijdig en volledig in.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- De zorgaanbieder levert transparantie op het gebied van kwaliteit en kosten (indicatoren) door het tijdig en volledig aanleveren van het formulier realisatie GRZ, conform het proces dat is beschreven op de website van CZ groep.
- De zorgaanbieder beschikt over een specialist ouderengeneeskunde, die bij voorkeur is opgeleid tot kaderarts geriatrische revalidatie.
- De zorgaanbieder volgt in zijn opnamebeleid het triageprotocol en heeft een geriatrisch assessment uitgevoerd als er geen sprake is van een voorafgaande ziekenhuisopname.
- De opnamemogelijkheden zijn afgestemd op het transferbeleid van het verwijzende ziekenhuis en de instroom vanuit huis. De opnamemogelijkheden zijn zodanig dat een cliënt binnen 48 uur kan worden opgenomen als de medisch specialist heeft geoordeeld dat de cliënt kan starten met geriatrische revalidatiezorg.
- Een zorgaanbieder behandelt minimaal 60 CVA-clënten en/of 70 orthopedieclënten (electief en trauma) en/of 60 cliënten met een overige diagnose. Uitzondering daarop vormen zorgaanbieders in regio's waar door niet-contracteren een onacceptabel lange reisafstand voor verzekerden ontstaat (meer dan circa 25 kilometer of meer dan 30 minuten reistijd). Als het aanbod in deze regio's de minimale volumenormen niet haalt, kunnen we hierop een uitzondering maken. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid. Als we zo'n uitzondering maken, moet het ontwikkelen van ervaring en kennis worden geborgd. De aanbieders van GRZ in de regio moeten met elkaar samenwerken. Wij hanteren daarvoor de volgende voorwaarden:
 - Er is sprake van een locatieoverstijgend behandelteam. Dit houdt in ieder geval in dat het hele behandelteam inzetbaar is op alle locaties.
 - Er is sprake van gelijke behandelprotocollen en zorgpaden.
 - Er is sprake van een gezamenlijk multidisciplinair overleg (MDO).
 - Er is sprake van een gezamenlijk scholingsprogramma en gezamenlijke intervisiemogelijkheden.

Aanvullende eis GRZ CVA

- De zorgaanbieder neemt deel aan de lokale CVA-keten.

Minimumeisen GZSP

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder beschikt over een WTZa-toelating voor een instelling voor verblijf met behandeling.

- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZa.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (en handelt volgens de richtlijnen en protocollen die de beroepsgroep hanteert, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan kwaliteitsverbetering. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat is verbonden aan een onafhankelijke toetsing (externe audit).
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- Aan de zorgaanbieder is ten minste een specialist ouderengeneeskunde en/of een arts verstandelijk gehandicapten verbonden.
- De zorgaanbieder voldoet aan de uitgangspunten van ZN voor 'individuele prestaties' en 'zorg in een groep GZSP'.

Aanvullende eis GZSP Parkinson

- Zorgaanbieders die zorg leveren aan parkinsonpatiënten zijn minimaal aangesloten bij ParkinsonNet.

Aanvullende eis GZSP SGLVG

- Een zorgaanbieder die de behandeling SVGLV aanbiedt, is aangesloten bij het samenwerkingsverband Expertisecentrum De Borg.