

Overzicht inkoopbeleid Wlz -2026 Gehandicaptenzorg¹

1. Inleiding

De zorgkantoren hebben op 1 juni het inkoopbeleid voor de jaren 2027-2029 gepubliceerd. De zorgkantoren hebben een gezamenlijke visie opgesteld (met een specificatie voor de gehandicaptenzorg) en een gezamenlijk beleidskader. Hierin zijn thema's opgenomen die bij alle zorgkantoren van toepassing zijn. Beide maken onderdeel uit van het inkoopbeleid van de zorgkantoren

Hieronder vindt u eerst een overzicht van de wijziging in de richttariefsystematiek. Vervolgens een overzicht van de thema's van de landelijke visie en het landelijke beleidskader. Tot slot is een schematisch overzicht opgenomen van de zorginkoopthema's van de individuele zorgkantoren.

2. Richttariefsystematiek

De zorgkantoren² hanteren voor 2027-2029 een aangepaste berekening van het richttariefpercentage. De uitspraak van het gerechtshof³, met betrekking tot het vorige inkoopbeleid, blijft het uitgangspunt: Ten minste 75% van het aantal aanbieders binnen de sector moet een positief resultaat behalen en het aantal aanbieders dat gezamenlijk 75% van de sectoromzet vertegenwoordigt, moet een positief resultaat kunnen behalen. De financieringsbaten en -lasten zijn in het model meegenomen.

In het vorige inkoopbeleid was er geen sprake van clustering van aanbieders. In het nieuwe inkoopbeleid worden aanbieders ingedeeld in twee clusters: (*volledig*) *extramurale aanbieders* (maximaal 1% intramurale declaraties) en (*deels*) *intramurale aanbieders* (ten minste 1% intramurale declaraties). Voor elk cluster wordt een apart richttariefpercentage berekend. De VGN-leden zullen vrijwel allemaal in het cluster (*deels*) *intramurale aanbieders* vallen.

In het vorige inkoopbeleid werd het richttariefpercentage berekend over alle kosten en opbrengsten, maar alleen toegepast op het zorgdeel. De NHC/NIC bleef buiten de afslag van het richttariefpercentage. Hierdoor werd een gedeelte van de kosten (NHC/NIC) wel meegenomen in de berekening van het richttariefpercentage maar niet geraakt door de afslag vanuit het richttariefpercentage. Deze overlap corrigeren de zorgkantoren in de nieuwe rekensystematiek. De zorgkantoren blijven de NHC en NIC voor 100% vergoeden. Ze halen de NHC/NIC wel uit de berekening van het richttariefpercentage en passen het richttariefpercentage vervolgens alleen toe op het

¹ Dit document is bedoeld om zorginstelling te informeren over het Wlz inkoopbeleid. Het document is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Het is evenwel niet geheel uitgesloten dat de informatie onjuistheden of onvolkomenheden bevat. Bij het opstellen van dit document is niet gestreefd naar volledigheid. Het document dient niet ter vervanging van juridisch advies. Lees ook altijd zelf de inkoopdocumenten van het zorgkantoor. De VGN aanvaardt geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden.

² Met uitzondering van DSW. Dit zorgkantoor hanteert een eigen systematiek.

³ Gerechtshof Den Haag 13 februari 2024, ECLI:NL:GHDHA:2024:199.

zorgdeel. Dit doen de zorgkantoren door aan de opbrengstenkant de NHC en de NIC uit de declaratiegegevens te halen; aan de kostenkant halen de zorgkantoren eenzelfde bedrag eruit.

3. ZN Landelijke visie met maatwerk in de regio

De langdurige zorg staat onder druk. De zorgvraag groeit en de zorgzwaarte neemt toe, terwijl personeel en financiële middelen beperkt zijn. Hierdoor wordt het steeds belangrijker om de beschikbare capaciteit doelmatig en toekomstgericht in te zetten.

De opgave wordt samengevat in drie samenhangende doelen:

- de langdurige zorg blijft toegankelijk voor Wlz-cliënten;
- de zorg blijft betaalbaar;
- de zorg blijft van verantwoorde kwaliteit.

Deze doelen moeten gelijktijdig worden gerealiseerd, wat de complexiteit van de opgave vergroot.

Zorgkantoren nemen vanuit de zorginkoop regie op het toekomstig zorglandschap en zoeken daarin nadrukkelijk de samenwerking met zorgaanbieders. Daarbij wordt ook een groter beroep gedaan op cliënten en hun netwerk, en op samenwerking met andere domeinen zoals de Wmo en Zvw. De beweging naar passende zorg is noodzakelijk om de toegankelijkheid van de langdurige zorg te borgen.

4. Visie op de gehandicaptenzorg

De toegang tot passende gehandicaptenzorg staat onder druk door een groeiende en complexere zorgvraag, personeelskrapte en instroom vanuit andere domeinen. Daarnaast is er bij een deel van de cliënten sprake van complexe zorgvragen waarbij problematiek op meerdere levensgebieden samenkomt en meerdere expertises nodig zijn, wat het lastig maakt om tijdig passende zorg te organiseren. De visie op gehandicaptenzorg richt zich op een andere manier van organiseren van zorg, waarbij het leven van de cliënt centraal staat en wordt aangesloten bij het VN-verdrag Handicap. Het doel is dat cliënten een zo gewoon en betekenisvol mogelijk leven kunnen leiden, met zorg die daarbij ondersteunt.

Vier bewegingen geven richting aan deze ontwikkeling:

- Zelf als het kan: cliënten voeren zoveel mogelijk zelf regie over hun leven, samen met hun netwerk. Zij geven binnen hun mogelijkheden invulling aan hun dag en leefomgeving. Professionele zorg wordt ingezet waar dat nodig is;

- Thuis als het kan: in de gehandicaptenzorg betekent dit “zo thuis mogelijk”. Zorg wordt geboden in een omgeving die het thuisgevoel benadert, in de wijk of op een instellingsterrein. De behoefte en context van de cliënt zijn leidend, niet de indicatie;
- Digitaal als het kan: de inzet van zorgtechnologie, zoals domotica en beeldschermzorg, wordt versneld. Dit ondersteunt de zelfredzaamheid van cliënten en draagt bij aan een efficiënte inzet van personeel;
- Passend aanbod voor kwetsbare groepen: voor cliënten met een complexe zorgvraag moet voldoende specialistische zorg beschikbaar zijn. Dit vraagt om samenwerking en bundeling van expertise, zodat tijdig een passende plek kan worden gerealiseerd en crisissituaties en verplaatsingen worden beperkt.

Voor deze beweging zijn randvoorwaarden nodig, zoals regionale samenwerking en beter inzicht in vraag en aanbod.

5. Duurzame toegang tot langdurige zorg

Om de langdurige zorg toekomstbestendig te houden, is volgens de zorgkantoren een andere kijk op de inzet van zorg nodig. Hiervoor zetten zorgkantoren in op vier samenhangende thema's — kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking — om deze beweging te realiseren en te borgen.

5.1. Kwaliteit

Kwaliteit betekent het bieden van zorg en ondersteuning die aansluit bij de behoeften en wensen van cliënten en hun naasten en die bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Zorg moet veilig, doeltreffend, doelmatig en tijdig zijn en voldoen aan wet- en regelgeving en kwaliteitskaders. De zorgkantoren geven aan dat de invulling van kwaliteit verandert onder invloed van schaarste. Daarbij blijven de wensen van cliënten en hun verwanten centraal staan, maar de mogelijkheden om hieraan te voldoen zullen veranderen. Dit vraagt om andere keuzes in de inzet van zorg, bijvoorbeeld door gebruik te maken van het sociale netwerk, digitale toepassingen en andere vormen van ondersteuning.

5.2. Innovatie

Innovatie is een belangrijk middel om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van voldoende kwaliteit te houden. Daarbij maken zorgkantoren onderscheid tussen:

- *optimaliseren:* het breder toepassen en opschalen van bewezen technologieën en werkwijzen
- *innoveren:* het ontwikkelen en verkennen van nieuwe, nog onbewezen toepassingen

De nadruk ligt op het versnellen van implementatie en opschaling van wat al werkt, terwijl innovatie gericht wordt ingezet bij partijen die daartoe in staat zijn. De belangrijkste *overkoepelende thema's* zijn: het versterken van het informele netwerk, het verbeteren van de inzetbaarheid en het behoud van medewerkers en het verder ontwikkelen van digitalisering en gegevensuitwisseling. Voor de gehandicaptenzorg is het *sectorspecifieke thema* gericht op het bijdragen aan een zo normaal mogelijk leven, waarbij zorg beter aansluit bij het dagelijks functioneren en de maatschappelijke context van cliënten.

5.3. Verduurzaming

Zie paragraaf 6.1.7

5.4. Samenwerking

Samenwerking is noodzakelijk om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Het gaat om samenwerking binnen en tussen regio's en over sectoren en domeinen heen. Doel is het beter afstemmen van het zorgaanbod en het voorkomen dat cliënten tussen wal en schip vallen.

Omdat cliënten vaak ondersteuning krijgen vanuit verschillende domeinen, is samenwerking met gemeenten, zorgverzekeraars en andere partijen essentieel. Investerings moeten bijdragen aan gezondheidswinst en het verlagen van de druk op de zorg, zowel binnen als buiten de Wlz.

6. Landelijk beleidskader

Een aantal thema's van het landelijke beleidskader is gezamenlijk vormgegeven voor alle sectoren en alle zorgkantoren. Specifiek voor de gehandicaptenzorg is ook een aantal thema's binnen het inkoopbeleid gezamenlijk vormgegeven voor alle sectoren. Het doel van de zorgkantoren is hiermee de inkoop te vergemakkelijken en te zorgen voor minder administratieve lasten.

6.1. Inkoopbeleid voor alle sectoren

6.1.1. Behandeling

Behandeling vormt een essentieel onderdeel van het totaalpakket aan Wlz-zorg en draagt bij aan het behoud van kwaliteit van leven en functioneren. In de praktijk zijn er drie leveringsvormen waarbinnen de behandeling verschillend georganiseerd is: verblijf met behandeling, verblijf zonder behandeling en behandeling thuis.

Het zorgkantoor maakt met zorgaanbieders de inkoopafspraken met betrekking tot de behandeling. Integraal als onderdeel van het verblijf of los als MPT-prestatie(s). De beleidsregels van de NZa en een doelmatige inzet van behandeling zijn hierbij het uitgangspunt. Als de behoefte aan behandeling structureel is, en de zorgaanbieder heeft nog geen afspraken voor een ZZP inclusief behandeling, dan bespreekt de zorgaanbieder dit met het zorgkantoor.

Het *Convenant Medisch-Generalistische Zorg (MGZ)*, dat in september 2024 ondertekend is, vormt de basis voor het borgen van de medisch-generalistische zorg - de geneeskundige basiszorg van huisartsen (HA), specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen VG (AVG). De MGZ is zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenduren toegankelijk voor alle Wlz-cliënten, ongeacht leveringsvorm. De zorgkantoren verwachten dat elke regio het convenant MGZ implementeert door aan de daarvoor bestemde regiotafels afspraken te maken.

De zorgkantoren stellen de volgende aanvullende inkoopvoorwaarden:

- Elke zorgaanbieder heeft de MGZ conform het convenant voor haar cliënten georganiseerd, ongeacht de leveringsvorm;
- Elke zorgaanbieder zet haar beschikbare SO/ AVG capaciteit in de regio in volgens de conform het convenant gemaakte regionale afspraken over de regionale inzetbaarheid van de aan de aanbieder verbonden SO of AVG;
- Voor prestatie H335/ H336 is in principe een SO dan wel AVG beschikbaar. Binnen de prestatie H335/ H336 kunnen Verpleegkundig Specialisten (VS) en Physician Assistants (PA) zelfstandig de zorg uitvoeren, voor zover dit past binnen de daarvoor geldende regels en normen. H335/ H336 kan ook afgesproken worden voor de inzet PA/VS mits er aantoonbare, ondertekende, afspraken zijn tussen zorgaanbieder HA, -SO/AVG.

6.1.2. Mondzorg

Zorgkantoren maken onderscheid tussen de dagelijkse mondverzorging en de professionele mondverzorging:

De dagelijkse mondverzorging van het (kunst)gebit maakt onderdeel uit van de Wlz-aanspraak persoonlijke verzorging. De zorgaanbieder is daarvoor verantwoordelijk.

Professionele mondzorg is zorg die geleverd wordt conform de actuele mondzorgregelgeving (beleidsregels) van de NZa én geleverd wordt door een mondzorgprofessional (tandarts, mondhygiënist, orthodontist, tandprotheticus en de Centra voor Bijzondere Tandheelkunde). Cliënten met een Wlz-indicatie voor verblijf met behandeling die in een Wlz-instelling wonen en van diezelfde instelling behandeling krijgen, hebben recht op tandheelkundige zorg/professionele mondzorg uit de (bovenbudgettaire) Wlz. In andere gevallen valt de professionele mondzorg onder de ZVW of de aanvullende zorgverzekering van de cliënt. De regels hieromtrent zijn te vinden in de diverse beleidsregels⁴ en de regeling langdurige zorg (artikel 2.4).

⁴ Dit zijn: de Beleidsregel Wlz-zorgaanbieders met tandartspraktijk, de Beleidsregel Tandheelkundige zorg, de Beleidsregel Orthodontische zorg en de Beleidsregel Bijzondere tandheelkunde instellingen.

De zorgkantoren stellen de volgende aanvullende inkoopvoorwaarden:

- De zorgaanbieder maakt vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken met de mondzorgprofessional (onderaannemer);
- De geleverde mondzorg wordt vastgelegd in zowel het cliëntdossier van de Wlz-zorgaanbieder als dat van de mondzorgprofessional. De mondzorgprofessional is verantwoordelijk voor het tandheelkundig zorgplan en de behandeling. De zorgaanbieder ziet erop toe dat het zorgplan de benodigde zorg beschrijft;
- De zorgaanbieder faciliteert en borgt de levering van de mondzorg. Dit betekent dat hij ervoor zorgt dat de mondzorgprofessional de zorg kan uitvoeren (bijvoorbeeld door ruimte of vervoer te regelen), dat de geleverde zorg passend is en dat declaraties overeenkomen met de daadwerkelijk geleverde prestaties. De interne beheersing (AO/IC) is hierop ingericht;
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor kwalitatief goede mondzorg, zowel dagelijkse mondverzorging als professionele mondzorg en zet in op verdere verbetering daarvan en op deskundigheid van medewerkers;
- De zorgaanbieder voert minimaal jaarlijks interne audits uit op de kwaliteit van de mondzorg, aan de hand van de drie pijlers uit het IGJ-toetsingskader (persoonsgerichte zorg, deskundige medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid). Het zorgkantoor kan deze audits toetsen.

6.1.3. Hulpmiddelen

Zorgkantoren onderscheiden vier type hulpmiddelen

- Roerende voorzieningen, dit zijn hulpmiddelen voor zorg en wonen die meerdere personen gebruiken, zoals hoog-laagbedden, tilliften en douchestoelen. De zorgaanbieder financiert de roerende voorzieningen uit het budget van de instelling;
- Mobiliteitshulpmiddelen, zoals een individueel aangepaste rolstoel, aangepaste fietsen en een scootmobiel voor individueel gebruik. Deze hulpmiddelen worden bovenbudgettair vergoed;
- Hulpmiddelen voor verpleging en verzorging, zoals stoma-materialen en wondverzorgingsproducten. Alleen voor Wlz-cliënten met verblijf inclusief behandeling betaalt de zorgaanbieder deze hulpmiddelen uit het instellingsbudget;
- Persoonsgebonden hulpmiddelen, zoals orthopedisch schoeisel, persoonsgebonden kleding, prothesen en statische ligorthesen. Deze hulpmiddelen worden voor Wlz-cliënten met verblijf inclusief behandeling bovenbudgettair vergoed.

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling van alle bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen. Een gekwalificeerd en deskundig paramedicus (van de aanbieder) stelt de indicatie. Zorgaanbieders werken samen met de gecontracteerde leveranciers van bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen. De zorgkantoren sluiten contracten met hulpmiddelenleveranciers. De hulpmiddelenleverancier declareert rechtstreeks bij het zorgkantoor. Voor de aanvraag van bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen hebben zorgkantoren eigen procedures.

6.1.4. Toeslag chronische ademhalingsondersteuning

De toeslag chronische ademhalingsondersteuning kopen zorgkantoren geconcentreerd in. Specifiek voor de invasieve beademing geldt dat deze zorg alleen kan worden geleverd op een plaats met behandeling, gezien het medisch specialistische karakter van deze zorg.

De zorgkantoren stellen de volgende aanvullende inkoopvoorwaarden:

- Er zijn aantoonbaar contacten met zowel medisch specialisten als met het Centrum voor Thuisbeademing (CTB);
- Er is sprake van aantoonbare samenwerking met een nabijgelegen ziekenhuis om snel te handelen in crisissituaties;
- Het personeel dat betrokken is bij de (non-)invasieve beademing van cliënten is hiertoe aantoonbaar geschoold. Bij scholing is een van de Centra voor Thuisbeademing betrokken;
- De zorgaanbieder heeft kennis en kunde continu paraat en maakt deze specialistische functie bekend op haarwebsite en in het foldermateriaal.

6.1.5. Infectiepreventie

Om te zorgen dat de langdurige zorg goed is voorbereid op (pandemische) uitbraken van infectieziekten, is middels het Beleidsprogramma pandemische paraatheid van VWS ingezet op het versterken van hygiëne en infectiepreventie. Infectiepreventie maakt aantoonbaar een vast onderdeel uit van de kwaliteitscyclus van de zorgaanbieder.

6.1.6. LVHC

De LVHC-kennisstructuur is ontwikkeld in opdracht van het ministerie van VWS. De aanspraken zijn vastgelegd in de Regeling langdurige zorg (Rlz); de NZa heeft prestaties vastgesteld met bijbehorende tarieven (beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz).

Voor de LVHC zijn de volgende doelgroepen opgenomen:

- Huntington
- Langdurige Bewustzijns Stoornis (LBS)
- Gerontopsychiatrie (GP+)
- Dementie met zeer ernstig probleemgedrag (DZEP)
- Multiple sclerose met ernstige motorische beperkingen (MS+)
- Niet aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag (NAH+)

De Zorgkantoren kopen deze zorg in bij een selecte groep zorgaanbieders. Zorgkantoren hanteren hiervoor het door de CEIz in 2026 geactualiseerde landelijk cliëntvolume en de zorglandschappen met daarin het aantal benodigde plaatsen REC's en DEC's per doelgroepen netwerk als uitgangspunt voor de zorginkoop voor de jaren 2027 tot en met 2029. Dit betekent dat voor het jaar 2027 bestaande inkoopafspraken bij de zorgaanbieders die eerder door de CEIz zijn aangewezen als regionale en doelgroepen expertisecentra REC en DEC) worden gecontinueerd.

De zorgkantoren stellen de volgende aanvullende inkoopvoorwaarden:

Voor inkoop:

- De zorgaanbieder maakt vanaf 2027 deel uit van het zorglandschap zoals vastgesteld door de federatie in afstemming met het zorgkantoor;
- De zorgaanbieder beschikt over een positief deskundigenadvies van de CEIz (met vermelding van het maximum aantal plaatsen per REC of DEC), of vanaf 2027 over een (her)visitatierapport van een onafhankelijke partij waaruit blijkt dat wordt voldaan aan de eisen van de module LVHC, inclusief het aantal gevisiteerde plaatsen;
- De zorgaanbieder is lid van het landelijke doelgroepen netwerk, conformeert zich aan de vastgestelde standaarden, werkwijzen, interventies, de criteria uit de module LVHC en de NZa-beleidsregels, en implementeert deze in de eigen organisatie als onderdeel van een continu proces van leren en verbeteren.

Aanvullend voor cliëntgebonden consultatie en advies (CCA):

- Voor CCA gelden dezelfde inhoudelijke inkoopvoorwaarden als voor REC en DEC. Zorgaanbieders die CCA leveren, dragen actief bij aan de monitoring via de dataset van het doelgroepen netwerk. Een CCA-traject duurt maximaal 6 maanden en 32 uur en kan eenmaal per jaar worden ingezet; een nieuw traject kan pas een jaar na afronding starten;

- Op CCA-prestaties wordt het voor de zorgaanbieder geldende tariefpercentage toegepast. Zorgkantoren kunnen op termijn, op basis van inzicht in het gebruik, maatregelen nemen om kosten te beheersen of budgetafspraken maken;
- Zorgkantoren monitoren gedurende het jaar de kostenontwikkeling van CCA. Zorgaanbieders leveren hieraan actief een bijdrage, conform de gemaakte afspraken binnen het BO LVHC.

6.1.7. Duurzaamheid

Zorgkantoren willen bijdragen aan de verduurzaming van de zorgsector en sluiten aan bij de Green Deal Duurzame Zorg. Via het zorginkoopbeleid stimuleren zorgkantoren zorgaanbieders om stappen te zetten op dit terrein en aan te sluiten bij gezamenlijke doelen binnen de sector. De inzet is gericht op het versnellen van verduurzaming en het realiseren van meer gelijkgericht beleid. Zorgkantoren verwachten het volgende van aanbieders:

- Zorgaanbieders dragen bij aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ), waaronder het verminderen van het gebruik van incontinentiemateriaal met 5–10% in 2030 ten opzichte van 2018;
- Duurzaamheid wordt verankerd in de strategie (met passende aandacht bij kleinere aanbieders) en zorgaanbieders rapporteren, waar mogelijk, over hun duurzaamheidsprestaties;
- Zorgaanbieders (met meer dan 100 fte) boeken aantoonbare voortgang in het verminderen van CO₂-uitstoot door werkgebonden mobiliteit en voldoen aan de bijbehorende rapportageverplichtingen.

Zorgkantoren willen verduurzaming van de zorg versnellen en richting 2030 aantoonbaar duurzamere zorg gaan inkopen. Zorgkantoren gaan zorgaanbieders vragen duurzaamheid aantoonbaar te maken, bij voorkeur via de Milieuthermometer Zorg omdat deze direct aansluit op de voor de zorg relevante milieuwetgeving en de doelen van de GDDZ. Voor certificering op de Milieuthermometer Zorg is een bedrag beschikbaar van maximaal € 15.000,- per aanbieder. Ook andere manieren om duurzaamheid aan te tonen zijn mogelijk⁵.

6.1.8. Vastgoed

Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders en in de regio in gesprek over toekomstbestendig zorgvastgoed. Zorgkantoren maken hiervoor met de zorgaanbieders de volgende afspraken:

- De NHC is bestemd voor de financiering van toekomstbestendig zorgvastgoed. Zorgaanbieders maken hun zorg- en vastgoedexploitatie separaat inzichtelijk. Zorgaanbieders dienen de NHC primair inzetten ter ondersteuning van duurzame, functionele en toegankelijke huisvesting die aansluit bij de lange termijn behoeften van cliënten en zorgverleners. Inzet van de NHC voor

⁵ Zie: <https://www.zn.nl/app/uploads/handleiding-aantoonbare-duurzaamheid-en-duurzaamheidscertificering.pdf>

zorgactiviteiten kan alleen na een bewuste afweging en als dit niet ten koste gaat van de toekomstbestendigheid van het zorgvastgoed;

- Zorgaanbieders stellen (als dit er nog niet is) een strategisch huisvestingsplan op dat aansluit bij hun zorgvisie en een heldere lange termijn blik heeft. Dit plan bevat tevens de duurzaamheidsopgave van de organisatie. Zorgaanbieders informeren en, waar nodig, betrekken zorgkantoren bij keuzes over vastgoed, gezien de impact hiervan op de beschikbaarheid van passend vastgoed in de regio.

6.1.9. Informatie over het zorgaanbod

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van keuze- informatie over het gecontracteerde Wlz-zorgaanbod in de zorgkantorregio's en gebruikt hiervoor de online Zorgatlas. Zorgaanbieders houden de informatie in de zorgatlas up-to-date. Bij het vaststellen van de productieafpraak toetst het zorgkantoor dit. Iedere zorgaanbieder die voor 2027 wordt gecontracteerd, heeft uiterlijk 1 december 2026 zijn gegevens gevuld, gecontroleerd en/of geactualiseerd.

6.1.10. Digitale gegevensuitwisseling

De Wet Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) en de verordening European Health Data Space (EHDS) verplichten zorgaanbieders zorggegevens elektronisch te kunnen uitwisselen. De zorgkantoren verwachten dat zorgaanbieders zich inzetten om aan de landelijke standaarden voor databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling te voldoen. De implementatie hiervan vraagt om regionale samenwerking. De zorgkantoren verwachten dat zorgaanbieders zullen aansluiten op de generieke functies voor toestemming, lokalisatie, adressering en authenticatie.

6.2. Inkoopbeleid voor de gehandicaptenzorg

6.2.1. Specialistische zorg

Toeslag observatie (Z912)

Voor het declareren van de toeslag observatie stellen de zorgkantoren de volgende aanvullende voorwaarden:

- De zorgaanbieder levert voor deze functie een bovenregionaal aanbod. Observatie vindt alleen plaats in een klinische setting als vooraf is vastgesteld dat dit noodzakelijk is;
- Op basis van vooraf vastgestelde observatiedoelen wordt de cliënt opgenomen. Deze doelen en het doel van de observatie worden vastgelegd in het zorgplan;
- De observatie duurt maximaal een halfjaar en kan, indien nodig, worden verlengd met drie maanden tot een maximum van één jaar;

- De behandelaar is eindverantwoordelijk voor het observatieproces en het observatierapport (inclusief behandeladvies). De begeleiding en uitvoering van het observatieproces worden verzorgd door hbo-opgeleide medewerkers.

Zorg voor zintuigelijk beperkten

De zorg voor zintuigelijk beperkten wordt zowel in de Wmo (begeleiding), de Zvw (behandeling) als de Wlz geleverd. Er kunnen zich de volgende situaties voordoen:

- Als een cliënt een Wlz-zorgprofiel heeft anders dan ZG en behandeling nodig heeft voor een zintuiglijke handicap, wordt deze behandeling vergoed vanuit de Zvw (bovenop de Wlz-zorg);
- Als een cliënt een ZG-zorgprofiel heeft, wordt de behandeling voor de zintuiglijke handicap vergoed vanuit de Wlz en maakt deze integraal onderdeel uit van het zorgprofiel;
- Voor cliënten met ZZZP ZGvis 1–2 geldt dat behandeling geen onderdeel is van het ZZZP:
 - structurele behandelvraag → herindicatie aanvragen;
 - tijdelijke behandelvraag → behandeling kan tijdelijk naast het ZZZP worden ingezet;
- Voor ZZZP ZGvis 3–5 kan behandeling onderdeel zijn van het ZZZP-budget (na herindicatie, indien van toepassing).

De zorgkantoren stellen de volgende aanvullende inkoopvoorwaarden:

- De zorgaanbieder beschikt over aantoonbare ZG-deskundigheid binnen de instelling (bijvoorbeeld communicatiemethoden zoals gebarentaal en braille) om continuïteit en ontwikkeling van zorg te borgen. Hiervoor is een minimum aantal ZG-cliënten nodig;
- Gezien de vaak gecombineerde beperkingen van cliënten is de zorg multidisciplinair van aard. Medewerkers zijn geschoold in deze specifieke ondersteuning en er is een multidisciplinair team met ZG-expertise aanwezig;
- De leefomgeving is aangepast aan de zintuiglijke beperking (zoals akoestiek, verlichting, inrichting en hulpmiddelen in het gebouw);
- De zorg heeft betrekking op Wlz-zorg (conform de geldende afbakening).

Toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg

Voor het declareren van de toeslag observatie stellen de zorgkantoren de volgende aanvullende voorwaarden:

- De zorgaanbieder levert een volledig en kwalitatief toereikend spectrum aan epilepsiezorg, inclusief gespecialiseerd onderwijs voor kinderen, en vervult daarmee een landelijke functie voor deze doelgroep;
- De zorg omvat zowel derdelijns klinische als langdurige epilepsiezorg en wordt gecombineerd met structureel wetenschappelijk onderzoek in samenwerking met academische partners, waarvan de resultaten worden toegepast in de zorgpraktijk;
- Alle medewerkers met (potentieel) cliëntcontact zijn toegerust om adequaat te handelen voor deze specifieke doelgroep.

6.2.2. VG7

Voor VG7 stellen de zorgkantoren de volgende aanvullende voorwaarden:

- VG7-cliënten hebben behoefte aan een veilige setting met permanent toezicht en directe begeleiding, gericht op nabijheid en het inspelen op behoeften, om escalatie en opname in een gesloten setting zoveel mogelijk te voorkomen;
- Indien nodig kunnen Middelen en Maatregelen binnen de kaders van de Wet zorg en dwang worden toegepast. Individuele risico's worden vastgelegd in het zorg- of signaleringsplan;
- Er is een multidisciplinair team aanwezig, waaronder een AVG, gedragsdeskundige en hbo-opgeleide begeleiders, en medewerkers worden periodiek geschoold (onder meer op agressieregulering en gedragsproblematiek).

6.2.3. VG7+

Per 1 januari 2026 is de nieuwe prestatie voor VG7+ in werking getreden. Specifiek voor VG7+ geldt dat er sprake is van een combinatie van specifieke cliëntkenmerken, zorginhoudelijke kenmerken en context gebonden factoren, die samen bepalen of een VG7+ van toepassing is en of de betreffende zorgaanbieder VG7+ kan leveren.

Meerzorg is alleen in uitzonderlijke situaties mogelijk en wordt alleen als maatwerk aanvraag in behandeling genomen. Zorgkantoren beschouwen de VG7+-prestatie in beginsel als voorliggend op de VG7 met meerzorg voor die zorgaanbieders die aan de voorwaarden voldoen om VG7+ te leveren. Voor VG7-cliënten die niet voldoen aan de prestatiebeschrijving en/of voor zorgaanbieders waarmee géén afspraak wordt gemaakt voor VG7+, blijft de optie om meerzorg aan te vragen bestaan.

De volgende toeslagen kunnen niet in combinatie met VG7+ worden gedeclareerd:

- toeslagen woonzorg (Z978 tm Z980)
- toeslagen dagbesteding (Z913 tm Z915 en Z919)
- toeslag MFC en observatie (Z911 en Z912)
- toeslag epilepsie laag, midden en hoog (Z975, Z976 en Z977)

De beleidsregel gaat uit van een begeleidingsintensiteit van 2 op 6. Een groepsgrootte van groter dan 6 is mogelijk, als aan de begeleidingsintensiteit wordt voldaan. Dit betekent bij een groepsgrootte van 8 er 2,5 tot 3 begeleiders nodig zijn en 3 bij een groepsgrootte van 9. Tegelijk is dit voor VG7+ cliënten niet vanzelfsprekend passend. Deze cliënten zijn sterk afhankelijk van een veilige en voorspelbare omgeving, met continue nabijheid van begeleiders en een consistente begeleidingsstijl. Door hun hoge gevoeligheid voor prikkels en stress kan een minder passende context snel leiden tot probleemgedrag. Daarom is het belangrijk om het aantal begeleiders en medecliënten overzichtelijk te houden, zodat rust, herkenbaarheid en geborgenheid worden geborgd.

Voor het bieden van VG7+ stellen de zorgkantoren de volgende aanvullende voorwaarden:

- Alleen zorgaanbieders met VG7-zorgaanbod kunnen VG7+ leveren. Zowel de cliënt als de context moeten voldoen aan de criteria uit de NZa-prestatiebeschrijving;
- Zorgkantoren kopen een vastgestelde capaciteit VG7+ in; uitbreiding kan alleen in overleg plaatsvinden. Plaatsing van nieuwe cliënten gebeurt op basis van urgentie, in afstemming met het zorgkantoor;
- Zorgaanbieders weigeren in beginsel geen passende VG7+ cliënten die voldoen aan de criteria;

- VG7+ is bedoeld voor cliënten met een zeer intensieve zorgvraag. Voor nieuwe cliënten vanaf 1 januari 2027 moet de meerzorgwaardigheid aantoonbaar worden onderbouwd om VG7+ te kunnen declareren, conform de NZa-beleidsregel. De wijze waarop zorgaanbieders dit dienen te onderbouwen, wordt voor 1 oktober 2026 kenbaar gemaakt.

6.2.4. LVG-zorg

Zorgkantoren maken voor het leveren van zorg aan cliënten met een LVG-indicatie alleen afspraken met zorgaanbieders die passende integrale behandelzorg voor gedragsproblemen in een verblijfssetting kunnen leveren. Deze zorgaanbieders moeten hierin ook aantoonbaar expertise en ervaring hebben opgebouwd. Zorgkantoren maken hierbij onderscheid in het aanbod voor cliënten met een indicatie LVG 1, 2 en 3 en LVG 4 en 5, omdat deze indicaties andere eisen stellen aan de behandelsetting.

Zorgaanbieders die deze zorg voor het eerst willen leveren aan cliënten met een LVG-indicatie, moeten aantoonbaar voldoen aan onderstaande aanvullende voorwaarden. Daarnaast beschrijven zij hun visie op deze zorg:

- De LVG-zorgaanbieder is integraal verantwoordelijk voor wonen, begeleiding, Wlz-specifieke behandeling en algemeen medische zorg (24/7) en werkt met één integraal behandelplan. Dit plan wordt samen met de cliënt opgesteld, multidisciplinair ingevuld en periodiek geëvalueerd, met als doel doorstroom naar een volgende stap binnen maximaal drie jaar;
- Behandeling van gedragsproblematiek staat centraal en vindt plaats binnen een passend pedagogisch klimaat. De zorgaanbieder biedt zowel Wlz-specifieke behandeling als algemeen medische zorg en blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit, ook wanneer bij LVG 1–3 externe expertise wordt ingezet. Bij LVG 4–5 moet de benodigde behandelinhoud grotendeels in de eigen organisatie aanwezig zijn en zijn behandelaren structureel beschikbaar; bij LVG 1–3 volstaat dat zij oproepbaar zijn;
- De zorgaanbieder biedt een integraal aanbod van wonen, dagbesteding/opleiding en vrije tijd en voert de regie. Voor cliënten met LVG 4–5 worden deze functies geïntegreerd op één locatie geleverd, passend bij de complexiteit van de zorgvraag. Voor LVG 1–3 kunnen deze functies gespreid worden aangeboden, mits de samenhang en regie geborgd zijn;
- De zorgaanbieder borgt veiligheid via beleid (onder meer rond grensoverschrijdend gedrag, middelengebruik en geweld), risicomangement en naleving van wettelijke kaders. Daarnaast beschikt de organisatie over voldoende gekwalificeerd personeel met passende expertise. Voor LVG 4–5 geldt dat de hoofdbehandelaar een geregistreerde postmaster GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist is; voor LVG 1–3 kan dit ook een basis-psycholoog, orthopedagoog of AVG-arts zijn;

- De zorg wordt geleverd volgens geldende kwaliteitsnormen. Voor LVG 4–5 is toepassing van de kwaliteitscriteria uit *OBC in perspectief* vereist; bij LVG 1–3 kunnen deze als leidraad worden gebruikt. De zorg is gericht op tijdige uitstroom, met het aanvragen van vervolindicaties en structurele afstemming met vervolzorgaanbieders.

6.2.5. SGLVG-zorg

Zorgkantoren maken voor het leveren van zorg aan cliënten met een SGLVG-indicatie alleen afspraken met zorgaanbieders die een passende integrale behandeling voor psychiatrische en gedragsproblematiek kunnen leveren in een (beveiligde) behandelsetting. Het bieden van SGLVG behandelzorg is inmiddels ook mogelijk voor niet borg-instellingen.

Voor het bieden van zorg aan cliënten met een SGLVG-indicatie stellen de zorgkantoren de volgende aanvullende inkoopvoorwaarden:

- SGLVG-behandelcentra zijn derdelijns specialistische centra met expertise op het snijvlak van verstandelijke gehandicaptenzorg, GGZ en (forensische) zorg. Zij bieden integrale, multidisciplinaire diagnostiek en behandeling voor een complexe doelgroep, waarbij cliënten niet worden uitgesloten op basis van bijvoorbeeld verslaving, agressie of seksueel grensoverschrijdend gedrag;
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een doorlopende behandelketen, inclusief een zorgvuldige en warme overdracht na afloop van de klinische behandeling, waarbij zowel cliëntkennis als inhoudelijke expertise wordt overgedragen;
- De centra kunnen passende beveiligingsniveaus bieden en zorgen voor een veilige en afgestemde omgeving, met zowel individuele ruimte als mogelijkheden voor (tijdelijke) beschermde opvang. Beveiliging is een combinatie van fysieke en organisatorische maatregelen, afgestemd op de zorgvraag;
- Het behandelaanbod is flexibel, persoonsgericht en geïntegreerd: wonen, behandeling, begeleiding en dagelijks functioneren vormen één geheel binnen een therapeutisch klimaat. De behandeling sluit aan bij het cognitieve niveau van de cliënt en combineert gedragswetenschappelijke en psychiatrische interventies. Het aanbod bestaat uit:
 - basismodules (zoals cognitieve gedragstherapie, farmacotherapie, psycho-educatie en vaktherapie);
 - specialistische modules gericht op deze doelgroep (bijvoorbeeld agressieregulatie, verslavingsproblematiek en seksueel gedrag);
- De zorg wordt geleverd door een multidisciplinair team met duidelijke rolverdeling. Het team bestaat in ieder geval uit een regiebehandelaar (minimaal GZ-psycholoog), een psychiater, gedragsdeskundigen (orthopedagoog of psycholoog), en indien nodig een AVG-arts;

- Voor de opleidingseisen geldt:
 - behandelaren zijn minimaal wo-opgeleid (bijvoorbeeld GZ-psycholoog, psychotherapeut of orthopedagoog-generalist);
 - de regiebehandelaar heeft eindverantwoordelijkheid voor het behandelproces;
 - begeleiders zijn mbo- of hbo-opgeleid en beschikken over aanvullende, doelgroepgerichte scholing;
 - alle medewerkers hebben specifieke competenties in het omgaan met complexe psychiatrische en gedragsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking, waaronder reflectievermogen, stressbestendigheid en het hanteren van agressie en duale problematiek.
- De zorgaanbieder beschikt over de benodigde behandelinhoudelijke expertise en biedt zowel specialistische behandeling als algemeen medische zorg, waarbij de kwaliteit van deze zorg wordt geborgd;
- De zorgaanbieder werkt volgens geldende kwaliteitskaders en draagt actief bij aan opleiding, kennisontwikkeling, innovatie en wetenschappelijk onderzoek, inclusief het delen van kennis binnen de sector.

6.2.6. Zorg in onderwijstijd

In de verbeteraanpak voor Zorg in Onderwijstijd is afgesproken dat in zowel de Jeugdwet als de onderwijswetgeving wordt vastgelegd dat gemeenten, samenwerkingsverbanden en zorgkantoren verplicht met elkaar overleggen. Zij moeten afspraken maken over het gecoördineerd inzetten van onderwijsondersteuning, jeugdhulp en langdurige zorg op scholen in cluster 3 en 4.

Wlz-zorg en ondersteuning tijdens onderwijs kan bestaan uit persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Als de Wlz-indicatie wordt toegekend, kunnen ouders financiering van zorg ontvangen in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb) of als Zorg In Natura (ZIN). Bij collectieve financiering worden alle ouders gevraagd akkoord te gaan met ZIN voor het deel van hun budget voor zorg op school die wordt uitgevoerd door een vaste zorgpartner van de school. In regionaal overleg kunnen partijen afspraken maken over de collectieve inzet van Wlz-zorg voor cluster 3 en 4 scholen. Dit zal vaak maatwerk zijn.

6.2.7. Salviq

Zorgkantoren gaan samen met zorgaanbieders een passend aanbod realiseren voor mensen met een intensieve langdurige ondersteuningsvraag (GZ/GGZ) en hoog beveiligingsniveau. Zorgkantoren en zorgaanbieders werken hiervoor toe naar een capaciteit van 60 plaatsen onder de merknaam Salviq. Aanbieders die deze zorg bieden, dienen over de volgende expertise te beschikken:

- De zorgaanbieder beschikt over brede en geïntegreerde expertise op het gebied van psychiatrische stoornissen, LVB- en verslavingsproblematiek, inclusief kennis van hechtingsproblematiek, trauma, rouw/verlies en cultuursensitief werken. Deze expertise

richt zich ook op systemisch werken en het herstellen van het cliëntsysteem;

- Er is een multidisciplinair team aanwezig met onder meer artsen, gedragswetenschappers, sociotherapeuten, verpleegkundigen en paramedische disciplines; een psychiater is minimaal op consultatiebasis beschikbaar;
- De zorgaanbieder beschikt over kennis en ervaring met risicotaxatie, vroegsignalering, terugvalpreventie, de-escalatie en het omgaan met agressie, evenals met het hanteren van de balans tussen nabijheid en afstand en draagkracht/draaglast bij complexe problematiek;
- Er is expertise in langdurige (medicamenteuze) behandeling en in somatische problematiek, onder meer als gevolg van verslaving en veroudering;
- Medewerkers zijn sensitief en responsief in het herkennen en beïnvloeden van gedrag en onderliggende behoeften van cliënten en dragen actief bij aan kennisontwikkeling en -uitwisseling binnen en tussen sectoren.

7. Overzicht van de verschillende thema's in het inkoopbeleid per zorgkantoor

7.1. Zilveren Kruis, CZ, VGZ, Menzis

	Zilveren Kruis	CZ	VGZ	Menzis
Inkoopdoelen	<ul style="list-style-type: none"> • Van zorg naar gewoon leven (meedoen): voorkeur voor extramurale zorg voor de profielen 3VG, 4VG, 6VG, 2LG, 4LG, 5LG en 2ZGVis. Voor extramuralisering is geld beschikbaar, € 5.000,- per cliënt • Organiseren van expertise en aanbod voor complexe zorg: regionale samenwerking, gebruikmaking van regelhulp, aanbieders maken overzicht van regionaal zorgaanbod • Nieuwe aanbieders worden alleen gecontracteerd als ze een bijdrage leveren aan een toekomstbestendige gehandicaptenzorg, ze moeten een leemte in de regio invullen 	<ul style="list-style-type: none"> • Passende langdurige zorg blijft toegankelijk en beschikbaar voor alle Wlz-cliënten in onze regio's die deze zorg nodig hebben • Passende langdurige zorg is doelmatig en blijft betaalbaar • Gericht inzet van middelen: Zorgaanbieders leveren zorg die niet alleen passend is voor de individuele cliënt, maar die ook betaalbaar blijft voor de maatschappij. eventuele uitbreidingen alleen als dit aantoonbaar nodig is en in overeenstemming is met het zorgkantoor • Transformatie regionaal zorgaanbod: de transformatie richt zich primair op het beter laten aansluiten van het 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimalisatie: inzetten van bewezen technologieën, instellings- of regionaal visie op optimalisatie, toepassen van bewezen technologieën (zie inkoopbeleid pagina 9 voor een overzicht) • Transformatie: zorgaanbieders hebben en visie op transformatie, de en bereidheid om hun werkwijzen fundamenteel te herzien, actief bijdragen aan regionale samenwerking, verantwoording. • Innovatie: samen met zorgaanbieders selecteert VGZ baanbrekende innovaties. VGZ kan ondersteunen met kennis, capaciteit en financiële middelen • Vastgoed: strategisch vastgoedplan afgestemd op het regioplan, 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg thuis bevorderen: zorgaanbieders maken een ontwikkelplan, er komt een uitvoeringskader MPT/VPT • Dekkend zorglandschap realiseren: toekomstbestendig zorgvastgoed (strategisch huisvestingsplan), nieuwe zorgaanbieders alleen contracteren als zij aantoonbaar meerwaarde hebben voor het regionale zorglandschap • Zorg bij specifieke doelgroepen borgen: voldoende passende verblijfsplekken (VG6 en VG7) en garanderen van een

		<p>zorgaanbod bij de regionale zorgopgave</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigen regie cliënten: woon- en zorgvormen die ruimte laten voor eigen keuzes, een actieve rol van het sociale netwerk en passende ondersteuning die meebeweegt met de levensfase van de cliënt 	<p>uitbreiding of nieuwbouw eerst voorleggen aan zorgkantoor, uitbreiding uitgaande van semi-geclusterd wonen (scheiden wonen en zorg, met individueel zorgaanbod)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsmarkt: Zorgaanbieders verankeren de arbeidsmarktopgave strategisch in hun bedrijfsvoering en werken regionaal samen. Tegelijk zetten zij in op het terugdringen van ziekteverzuim, het versterken van zeggenschap en duurzame inzetbaarheid van medewerkers, en het benutten van informele zorg en innovatie • Inclusieve samenleving: een zorglandschap dat aansluit bij het gewone leven, waarin de individuele behoeften van cliënten centraal staan 	<p>plaatsingsmogelijkheid van moeilijk plaatsbare cliënten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regionale samenwerking en innovatie stimuleren: versterken regionale samenwerking, borging MGZ, bevorderen doorstroom jeugdwet, Wmo
--	--	--	--	--

<p>Tariefbeleid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 2 • Koppeling extramurale dagbesteding aan zorgzwaarte ipv groepsgrootte • Eenmalige financiële bijdrage voor nieuw woonaanbod complexe zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 2 • Gesprek over het tarief met aanbieders die een hoog financieel resultaat hebben • Gericht inkopen op basis van de mate waarin het zorgaanbod aansluit bij de zorgbehoeften in de regio en spreiding van het aanbod, kwaliteit en continuïteit van zorg, doelmatigheid en inzet van schaarse capaciteit, bijdrage van de zorgaanbieder aan regionale samenwerking en regionale opgaven • Regionaal transformatiebudget voor projecten die bijdragen aan de inkoopdoelen, afspraken worden vastgelegd in een addendum 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 2 • 3 lijnen: reguliere inkoop (RTP), dekkend regionaal zorglandschap (opslagen + maatwerk), Innoveren en transformeren (maatwerk) • Aanbieders met een hoog rendement (>5%): gesprek over lager tariefpercentage 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 2 • Aanvullende financiële afspraken voor bieden van logeren en verblijfsplekken voor kinderen • Aanvullende financiële afspraken voor het bieden van plekken voor cliënten met multicomplexe problematiek en gegarandeerd aanbod voor complexe casuïstiek • Aanvullende afspraken voor regionale transitieprojecten, goede borging van MGZ en innovatie • Vergoeding voor het extern beschikbaar stellen van de AVG
---------------------	--	--	--	--

<p>Tarief%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100% voor essentiële zorg (logeren, observatie, crisis, COT, beveiligde zorg, SGLVG, levensloopfunctie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestaande aanbieders: RTP • Nieuwe aanbieders: RTP -2% • Transformatiebudget: maatwerkafpraak 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestaande aanbieders: RTP • Nieuwe aanbieders: RTP - 2% 	<ul style="list-style-type: none"> • Nieuwe zorgaanbieders: RTP - 2% • Vrijwillig lager RTP
----------------	---	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Bestaande aanbieders: RTP • Aanbieders die minder bijdragen aan regionale ontwikkeling, niet de volledige breedte van zorg binnen een prestatie leveren, een zorgzwaartemix hebben die lager is dan gemiddeld en een hoog positief resultaat hebben: RTP -2% • Vrijwillig lager RTP • Nieuwe zorgaanbieders: RTP -2% (essentiële voorzieningen 100% NZa tarief) • Voor sectorvreemde zorg: RTP 		<ul style="list-style-type: none"> • Bij 2% meer MPT dan in 2026: MPT prestaties RTP +1,4% • Beleid t.a.v. benutting van de zelfredzaamheid cliënt en verantwoord inzetten van naasten, mantelzorgers en vrijwilligers: RTP +0,1% voor alle prestaties • Toename van cliënten die gebruik maken van digitale zorg (prestaties: H138, H139 en H306) t.o.v. 2026: 100% NZa tarief voor deze prestaties • Maatwerkafspraken: maatwerkbekostiging 	<ul style="list-style-type: none"> • Logeer- en verblijfsplekken voor kinderen: 100% NZa tarief (mits voldaan aan de voorwaarden) • Voldoende passende verblijfsplekken voor doelgroepen met een multicomplexe zorgvraag: maatwerkafpraak • Gegarandeerd aanbod complexe casuïstiek: RTP +2% voor VG7 en VG7+ tot maximaal 100% NZa tarief
VG7/VG7+	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 7.2.2 en 7.2.3 • Urgentie bepaalt plaatsing VG7 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 7.2.2 en 7.2.3 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 7.2.2 en 7.2.3 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 7.2.2 en 7.2.3 • Voor tariefopslag zie tariefsystematiek
Complexe zorg	Zie inkoopdoelen	<ul style="list-style-type: none"> • CZ vraagt van zorgaanbieders expliciet aandacht voor cliënten met een complexe zorgvraag 	-	Zie inkoopdoelen en tariefsystematiek

		<ul style="list-style-type: none"> • Passend aanbod voor cliënten met GZ/GGZ problematiek • Extra aandacht voor LVB+ en EVB+ 		
Meerzorg	<ul style="list-style-type: none"> • Werken met een goed ingevoerde methodiek • Bij één op één begeleiding gesprek samen met zorgkantoor en CCE • Geen meerzorgplafond meer • Minimaal één keer per drie jaar advies van collega zorgaanbieder of het CCE • Consultatie verplicht voor LVHC 	-	-	-
Crisiszorg	<ul style="list-style-type: none"> • Selectieve inkoop • Vergoeding voor onbenutte crisisdagen • Bij structureel lagere bezetting aanpassing in de beschikking 	Afspraken met aanbieders over het bieden van crisiszorg. Leegstand van crisisbedden mag worden gedeclareerd	Regionale oplossingen via het regioplan	-
Hardheidsclausule	Bij onverwacht effect van de tariefsystematiek, eigen vermogen, financiële positie en organisatiestructuur wordt meegenomen.	Bij onverwacht effect van de tariefsystematiek, eigen vermogen, financiële positie en organisatiestructuur wordt	Bij onverwacht effect van de tariefsystematiek, eigen vermogen, financiële positie en organisatiestructuur wordt meegenomen.	Bij onverwacht effect van de tariefsystematiek, eigen vermogen, financiële positie en

	Aanvraagformulier uiterlijk 8 september inleveren	meegenomen. Aanvraagformulier uiterlijk 24 september inleveren	Aanvraagformulier uiterlijk 25 september inleveren	organisatiestructuur wordt meegenomen. Aanvraagformulier uiterlijk 25 september inleveren
Verduurzaming	Zie hoofdstuk 6.1.7	Zie hoofdstuk 6.1.7	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 6.1.7 • Duurzaamheid onderdeel van het strategisch vastgoedplan 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 6.1.7 • Verduurzaming meenemen in strategisch vastgoedplan
Landelijk akkoord	-	Momenteel wordt er gewerkt aan een nieuw akkoord voor de sector. De kanslijnen uit het oude akkoord blijven relevant. Het zorgkantoor blijft daar met aanbieders over in gesprek	Als het toekomstige landelijk akkoord afspraken bevat die nu in de tariefsystematiek zijn verwerkt, gaan de afspraken uit het landelijk akkoord voor	Aanbieders dienen te werken volgens de voor de sector geldende (landelijke) akkoorden
MGZ	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 6.1.1 • Elke regio heeft een MGZ-kader, met daarin: • Structurele regionale governance, contractering en monitoring, melding en escalatie bij onvoldoende dekking • Zorgaanbieders hebben vaste afspraken met een 	Zie hoofdstuk 6.1.1	Zie hoofdstuk 6.1.1	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 6.1.1 • Zorgaanbieders worden geacht eerst de huisartsenzorg te regelen, voordat zij (tijdelijk) verhuizen en/of capaciteit uitbreiden • Zorgaanbieders worden geacht een melding te doen bij

	<p>of meerdere huisartsenpraktijken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elke aanbieder heeft afspraken over de beschikbaarheid van de AVG • Aanbieders maken gebruik van de bestaande regionale voorziening van ANW-zorg • Aanbieders hebben duidelijk afspraken over het delen van gegevens 			<p>Menzis Zorgkantoor als cliënten onvoldoende behandeling ontvangen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgaanbieders zorgen dat zij een goede verpleegkundige triage inrichten
Innovatie	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 5.2 • Digitale dagbesteding is onderdeel van de visie • Actief sturen op inzet zorgtechnologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 5.2 • Op instellings- of regionaal niveau is er een visie op innovatie • CZ pioniert met een select aantal zorgaanbieders • Er zijn middelen beschikbaar voor innovaties (maatwerk) 	Zie inkoopdoelen en tariefsystematiek	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 5.2 en de inkoopdoelen en inkoopsystematiek • Innoveren op drie thema's: informeel netwerk, duurzame inzetbaarheid en digitalisering • Aanbieders hebben zelf een innovatievisie of hebben dit regionaal • Medicatie: van fysiek aanreiken naar bijvoorbeeld een medicijndispenser

				<ul style="list-style-type: none"> • Rapportage: van handmatig naar spraakgestuurd • Begeleiding: van fysieke contactmomenten naar een combinatie van fysieke en digitale contactmomenten (bijvoorbeeld via beeldzorg) • Menzis Zorgkantoor pioniert met een selecte groep zorgaanbieders en/of geeft vorm aan innovatie op landelijk of regionaal niveau.
Meerjaren beleid	Overeenkomst voor bestaande aanbieders voor 3 jaar met mogelijkheid 2 keer een jaar te verlengen	Overeenkomst voor bestaande aanbieders voor 3 jaar met mogelijkheid 2 keer een jaar te verlengen	Overeenkomst voor bestaande aanbieders voor 3 jaar met mogelijkheid 2 keer een jaar te verlengen	Overeenkomst voor bestaande aanbieders voor 3 jaar met mogelijkheid 2 keer een jaar te verlengen
Regionale samenwerking	Zie inkoopdoelen	<ul style="list-style-type: none"> • Werken vanuit regiobeelden op basis van regionale data 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie lijn twee en drie van de tariefsystematiek • Werken met regioplannen 	Financiële middelen beschikbaar voor regionale projecten op het gebied van:

		<ul style="list-style-type: none"> • Regionale opgaven en prioriteiten worden aan een regiotafel besproken. Zorgaanbieders leveren, naar vermogen en passend bij de organisatie, een bijdrage aan de doelen gesteld aan de regiotafel • Er zijn regionale transformatiebudgetten beschikbaar om projecten te financieren, aanbieders kunnen voorstellen indienen 		<ul style="list-style-type: none"> • Borgen van kennis over zorg aan cliënten met (L)VG en verslavingsproblematiek • Samenwerking in de keten voor cliënten op het snijvlak van GZ/GGZ of GZ/VV • Realiseren van initiatieven in relatie tot de beweging Zo thuis mogelijk • Inzet van regiebehandeling voor cliënten in de thuissituatie • Modern werkgeverschap (anders werken in de zorg).
Prestaties en volume	0,2% contracteerruimte gereserveerd voor onvoorziene omstandigheden	<ul style="list-style-type: none"> • Initiële volume-afspraken op basis van definitief vastgestelde productieafspraken van 2026 • Aanpassing van de volumeafspraken alleen als dit bijdraagt aan het oplossen van regionale knelpunten 	2% contracteerruimte gereserveerd voor onvoorziene omstandigheden, waaronder onvoorziene volumegroei	Als de contracteerruimte het toelaat, dan wordt de eindrealisatie-omzet van iedere zorgaanbieder zonder tariefskorting vastgesteld. Alleen als landelijk onvoldoende middelen beschikbaar zijn, realiseren we de

		<ul style="list-style-type: none"> • Volume beweegt niet automatisch mee met de declaraties 		persoons-volgende bekostiging door een generieke korting op het afgesproken tarief van alle gecontracteerde zorgaanbieders
PGB, MPT, VPT	<ul style="list-style-type: none"> • Inzet op ZIN contracteren van PGB wooninitiatieven • Omzetten ongeclusterd VPT naar MPT 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitgangspunt: alleen PGB als ZIN niet passend is • Inzet op ZIN contracteren van PGB wooninitiatieven • MPT voorliggend VPT, VPT voorliggend op PGB 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiatieven met een overwegend collectief georganiseerde zorginzet worden niet passend geacht voor pgb • Inzet op ZIN contracteren van PGB wooninitiatieven • Voor uitbreiding inzet op VPT en MPT gefinancierde zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Inzet op ZIN contracteren van PGB wooninitiatieven • Er komt een uitvoeringskader MPT/VPT
NVI en bezwaar	<ul style="list-style-type: none"> • Vragen NVI uiterlijk 15 juni 12:00 uur • 1 juli publicatie NVI • 21 juli vervaltermijn kortgeding • 4 september publicatie RTP • 24 september Vervaltermijn voor bezwaar en kortgeding tegen hoogte RTP 	<ul style="list-style-type: none"> • Vragen NVI uiterlijk 15 juni 12:00 uur • 1 juli publicatie NVI • 21 juli vervaltermijn kortgeding • 4 september publicatie RTP • 24 september Vervaltermijn voor bezwaar en kortgeding tegen hoogte RTP 	<ul style="list-style-type: none"> • Vragen NVI uiterlijk 15 juni 12:00 uur • 1 juli publicatie NVI • 21 juli vervaltermijn kortgeding • 4 september publicatie RTP • 24 september Vervaltermijn voor bezwaar en kortgeding tegen hoogte RTP 	<ul style="list-style-type: none"> • Vragen NVI uiterlijk 15 juni 12:00 uur • 1 juli publicatie NVI • 21 juli vervaltermijn kortgeding • 4 september publicatie RTP • 24 september Vervaltermijn voor bezwaar en kortgeding tegen hoogte RTP
Bijzonderheden			Actief toezicht op fraude en misbruik, VGZ kijkt hierbij	Alle aanbieders moeten meewerken aan een

			<p>naar het Externe Verwijzingsregister. Bij een vermoeden van misbruik kan een aanbieder worden uitgesloten</p>	<p>Bibob toets. Hiervoor moet aangeleverd worden gegevens van de zorgaanbieder, de in te schakelen onderaannemers en de bij inschrijver en in te schakelen onderaannemers betrokken partijen waaronder: bestuurders, vennoten, maten, gevolmachtigden, vermogensverschaffers, toezichhouders, aandeelhouders en, indien de aandeelhouder een rechtspersoon is, de bestuurders en toezichhouders van deze rechtspersoon. Het formulier moet uiterlijk 31 juli ingeleverd worden.</p>
--	--	--	--	---

7.2. DSW, Zorg en Zekerheid, Salland

	DSW	Zorg en Zekerheid	Salland
Inkoopdoelen	<ul style="list-style-type: none"> • Borgen van toegankelijkheid, passendheid, betaalbaarheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg • Extramuralisatie (intramurale uitbreiding voor VG 3, 4 en 8 wordt niet gehonoreerd) • Complexe zorg toegankelijk te houden voor een ieder die dit nodig heeft • Afspraken maken om cliënten met dubbelproblematiek goede zorg te kunnen bieden • Inzetten op meer inzet van netwerk, mantelzorg en vrijwilligers • Bewezen effectieve innovaties inzetten • Samenwerking in de regio • Goed werkgeverschap 	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteitskompas GZ • Inzet op sociale, strategische en technische innovatie • Inzet op duurzaamheid • Arbeidsmarkt: arbeidsbesparende technologie, andere personeelsmix, nieuwe werkvormen inzetten, netwerk van de cliënt, cliënten langer zelfstandig laten wonen met behoud van eigen regie • Toegankelijke MGZ • Zorgzame buurten • Duurzaamheid (waaronder certificering) • Samenwerking op het gebied van expertise • Levensloopaanpak <p>Voor GZ 5 thema's:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complexe zorg • Kind-jeugd thema's • Ouder wordende cliënt • Zorgzame gemeenschappen • MGZ 	<p>Vijf uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zelf als het kan • Thuis als het kan • Digitaal als het kan • Arbeidsbesparend als het kan • Passende zorg voor kwetsbare groepen <p>Inzet op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extramuralisering waar dit passend is • Passende zorg met oog voor de keuze van de cliënt • Juiste randvoorwaarden voor extramuralisatie (voldoende woningen) • Opschalen effectieve innovaties <p>Zes pijlers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • toegankelijkheid • kwaliteit • betaalbaarheid • regionale organisatie van zorg • data- en informatievoorziening • organisatie & personeel

			<p>Zes speerpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versterken van de regionale zorgondersteunende infrastructuur • Stimuleren van nieuwe vormen van wonen en zorg • Zorgvernieuwing/innovatie • Digitale gegevensuitwisseling en infrastructuur • Passende zorg/kwaliteit • Samenwerking bij complexe zorg en crisiszorg
Tarief beleid	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor over wonen en zorg, kwaliteit, innovatie en toegankelijkheid en doelmatigheid bepaalt tarief • Transformatiemiddelen beschikbaar, maximaal 0,25% van de productieafpraak per zorgaanbieder, aanvraag via zorgverkoper 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitgangspunt RTP, met uitzonderingen • Maatwerkafspraken over thema's genoemd in paragraaf 4.1 en 4.2 van het inkoopbeleid, met resultaatafspraken (SMART), indienen via VECOZO, • Alleen maatwerkafspraken met een penvoerder vanuit de Bruggenbouwers, alleen voor lopend inkoopjaar 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitgangspunt: RTP • Opslag logeren (plan vereist) • Gesprek met aanbieders die een meerjarig hoog resultaat hebben over lager tariefpercentage • Gesprek met aanbieders die twee aaneengesloten jaren niet voldoen aan de uitgangspunten van dit inkoopbeleid over lager tariefpercentage • Beperkt deel van de contracteerruimte gereserveerd voor transitie-middelen, plan indienen via regiotafels noodzakelijk (voor thema's zie hoofdstuk 5 van het inkoopbeleid) • Vrijwillig lager tarief

Tarief%	<ul style="list-style-type: none"> • Aanbieders met een overeenkomst tot 2029: afgesproken tariefpercentage blijft gelden • Aanbieders met een overeenkomst tot 2026: voortzetting overeenkomst en afgesproken tariefpercentage • Nieuwe aanbieders: 91% max. NZa tarief • Bestaande aanbieders met resultaatafspraak: tarief vloeit voort uit meerjarenafspraak 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestaande aanbieders: RTP • Nieuwe aanbieders: RTP -2% • Aanbieders die een beperkt spectrum aan zorg aanbieder: gesprek over lager tarief • Voor aanbieders die specifiek zorgaanbod hebben: in gesprek over financiering meerkosten via lumpsum • Maatwerkafspraken: via lumpsum 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestaande aanbieders RTP • Nieuwe aanbieders: RTP -2% • Opslag logeren: 100% max NZa tarieven
VG7/VG7+	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 7.2.2 en 7.2.3 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 7.2.2 en 7.2.3 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 7.2.2 en 7.2.3
Complexe zorg	<ul style="list-style-type: none"> • bij bemiddelingsvraagstukken bezien wat wel kan • een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen om de doorstroom goed te organiseren. Het afwijzen van cliënten door bijvoorbeeld hun indicatie of eerdere opname op een crisisbed is niet acceptabel 	Zie inkoopdoelen	Samenwerken in de regio om aan de complexe zorgvraag te kunnen voldoen, volgens het "ja, tenzij..." principe.
Meerzorg	Meerzorg wordt ten tijde van de vaststelling van de initiële financiële afspraak voor jaar T vastgesteld op basis van de afgegeven beschikkingen voor jaar T. Dit wordt in tijden van krapte als maximum gehanteerd in de vaststelling van de definitieve afspraak voor jaar T.	-	Inzet van meerzorg alleen van tijdelijke aard

Crisiszorg	<ul style="list-style-type: none"> • Crisisplaatsen gefinancierd op basis van 100% bezetting 	100% meegenomen in comfortbrief	<ul style="list-style-type: none"> • Vergoeding niet op basis van 365 dagen beschikbaarheid, maar leegstand bekostigen via een toeslag op gedeclareerde dagen • Verlengen van crisiszorg in beginsel niet toegestaan
Hardheidsclausule	-	Bij onverwacht effect van de tariefsystematiek, eigen vermogen, financiële positie en organisatiestructuur wordt meegenomen. Aanvraagformulier uiterlijk 25 september inleveren	Bij onverwacht effect van de tariefsystematiek, eigen vermogen, financiële positie en organisatiestructuur wordt meegenomen. Aanvraagformulier uiterlijk 24 september inleveren
Verduurzaming	Zie hoofdstuk 6.1.7	Zie hoofdstuk 6.1.7	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 6.1.7 • Verduurzaming verankeren in strategisch beleid
Landelijk akkoord	-	-	Nu geen transitie middelen beschikbaar, mochten die in een landelijk akkoord wel beschikbaar komen worden deze ingezet
MGZ	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 6.1.1 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 6.1.1 • Convenant MGZ leidend • vóórdat een locatie opent of zorg aan nieuwe cliënten thuis wordt geleverd, dienen goede afspraken gemaakt te zijn over de MGZ • Ook bij zorg (in de thuissituatie) zonder behandeling, coördineert de woonaanbieder de behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie hoofdstuk 6.1.1 • Convenant MGZ leidend

Innovatie	<p>Focus op 4 thema's:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informeel netwerk • Duurzame inzetbaarheid medewerkers • Digitalisering • Zo normaal mogelijk leven <p>Zorgaanbieders hebben een visie op innovatie afgestemd met het zorgkantoor en voldoende capaciteit om de innovaties door te voeren. Maatwerkafspraken en cofinanciering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stimuleren van de ontwikkeling en inzet van innovaties en zorgtechnologie. Voorbeelden hiervan zijn het ontwikkelen van nieuwe werkvormen, het inzetten van een andere personeelsmix of het gebruik van arbeidsbesparende technologieën. 	<p>Zorgkantoor verwacht dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Op organisatie of regionaal niveau is er een visie op optimalisatie • Het zorgkantoor pioniert met een selecte groep aanbieders • Het zorgkantoor kan innovatietrajecten ondersteunen met kennis, capaciteit of financiële middelen (op voorwaarde dat er geen andere voorliggende financieringsmogelijkheden zijn), op basis van een concreet plan en duidelijke afspraken
Meerjaren beleid	Meerjarige afspraken, afspraken die aflopen in 2026 worden voortgezet.	Overeenkomst voor bestaande aanbieders voor 3 jaar met mogelijkheid 2 keer een jaar te verlengen	Overeenkomst voor bestaande aanbieders voor 3 jaar met mogelijkheid 2 keer een jaar te verlengen
Regionale samenwerking	Via het Regionaal Integraal gezondheidsakkoord (RIGA)	Zie inkoopdoelen en maatwerkafspraken	Zie inkoopdoelen
Prestaties en volume	<ul style="list-style-type: none"> • Volumegarantie van 95% • Bij krapte in het budget worden keuzes gemaakt op basis van de volgorde geschetst in bijlage 2 van het inkoopbeleid • Voor zorgaanbieders met intramurale capaciteit geldt dat de overeengekomen capaciteit voortvloeit uit de bestaande capaciteit en de nog te realiseren 	<ul style="list-style-type: none"> • Volume 95% op basis van de productie van jaar t-1 januari t/m juni geëxtrapoleerd naar één geheel jaar, exclusief niet geprioriteerde groei • Volume: Crisis en maatwerkafspraken 100% • Overige 5% indien bij herschikking voldoende budget: geprioriteerde groei uitgekeerd, niet 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestaties/volume als in 2026, uitbreiding in overleg • Verhouding ZZP met en zonder behandeling gelijk • Uitbreiding of verschuiving in ZZP mix of intramuraal vs extramuraal na toestemming

	<p>capaciteit waar het zorgkantoor reeds akkoord voor heeft gegeven.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het volume voor extramurale zorg wordt berekend door de aantallen uit de meest recente herschikking (jaar T-1) te vermenigvuldigen met de tariefstelling van het aankomende jaar (jaar T). 	<p>geprioriteerde groei alleen na toestemming</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overige 5% indien bij herschikking niet voldoende budget: geprioriteerde groei evenredig verdeeld, niet geprioriteerde groei na geprioriteerde groei evenredig verdeeld • Budget tussen leveringsvormen uitruilen is niet toegestaan, uitgezonderd de overheveling van productie van intramuraal/VPT naar MPT die zorgkantoor heeft goedgekeurd 	
PGB, VPT en MPT	Inzet op ZIN contracteren van PGB wooninitiatieven	<ul style="list-style-type: none"> • Budget tussen leveringsvormen uitruilen is niet toegestaan, uitgezonderd de overheveling van productie van intramuraal/VPT naar MPT die zorgkantoor heeft goedgekeurd • Inzet op ZIN contracteren van PGB wooninitiatieven 	<ul style="list-style-type: none"> • MPT voorliggend op VPT • De in het AZWA opgenomen afspraak over de nieuw te ontwikkelen prestatie én de opnametoets nemen wij hierin mee
NVI en bezwaar	<ul style="list-style-type: none"> • Vragen NVI uiterlijk 15 juni 12:00 uur • 1 juli publicatie NVI • 21 juli vervaltermijn kortgeding 	<ul style="list-style-type: none"> • Vragen NVI uiterlijk 15 juni 12:00 uur • 1 juli publicatie NVI • 21 juli vervaltermijn voor bezwaar en kortgeding • 4 september publicatie RTP 	<ul style="list-style-type: none"> • Vragen NVI uiterlijk 15 juni 12:00 uur • 1 juli publicatie NVI • 21 juli vervaltermijn kortgeding • 4 september publicatie RTP

		<ul style="list-style-type: none"> • 24 september Vervaltermijn voor bezwaar en kortgeding tegen hoogte RTP 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 september: vervaltermijn voor bezwaar en kortgeding tegen hoogte RTP
bijzonderheden	-	-	-