



# Nota van inlichtingen

**Bijlagen van Inkoopbeleid Wlz 2024-2026  
Geactualiseerd voor 2026**

## **Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij de bijlagen van het voor 2026 geactualiseerde Inkoopbeleid Wlz 2024-2026**

**In de Nota van inlichtingen vindt u een overzicht van de correcties en aanvullingen op het inkoopbeleid Wlz 2024-2026, geactualiseerd voor 2026.**

De vragen en antwoorden hebben geleid tot enkele aanpassingen in bijlage 4. U leest hieronder een toelichting op deze aanpassingen.

**In deze Nota van Inlichtingen staan de antwoorden op de vragen over de bijlagen bij het inkoopbeleid die voor iedereen van belang zijn.**

Wij hebben vragen van gelijke strekking gebundeld om het document overzichtelijk en toegankelijk te houden. We hebben de strekking van deze vragen samengevat en één antwoord gegeven op deze gebundelde vragen. De gestelde vragen, van antwoorden voorzien, komen dus niet allemaal letterlijk terug in de Nota van Inlichtingen. U vindt de gebundelde vragen en bijbehorende antwoorden per bijlage terug in dit document.

**Sommige vragen zijn niet opgenomen in de Nota van Inlichtingen.**

Uw vraag is niet opgenomen als het antwoord op de vraag letterlijk terug te vinden is in de inkoopdocumenten, een vraag betrekking heeft op de situatie van de individuele zorgaanbieder of als de gestelde vraag geen feitelijke vraag betreft over de inkoopprocedure. Vragen over ongewijzigde delen van het beleid zijn niet inhoudelijk beantwoord.

**De Nota van Inlichtingen gaat voor op Inkoopbeleid Wlz 2024-2026, geactualiseerd voor 2026.**

Hiermee maakt de Nota van Inlichtingen onderdeel uit van deze inkoopprocedure.

# Overzicht correcties en aanvullingen op de bijlagen bij het inkoopbeleid

## Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden 2026

In bijlage 4 zijn twee wijzigingen verwerkt:

### **Laag volume hoog complex**

In 2025 zijn de zorgkantoren gestart met de inkoop van consultatie en advies. Met het ministerie van VWS was afgesproken dat in de loop van 2026 duidelijkheid zou worden gegeven over structurele financiering. Helaas is deze duidelijkheid er op dit moment nog niet.

Zorgkantoren vinden de consultatie- en adviesfunctie essentieel om het LVHC-zorglandschap beheersbaar te houden en cruciaal voor het waarborgen van goede zorg aan de cliënten binnen dit landschap. Daarom is besloten om nu richting zorgaanbieders wel al de duidelijkheid te geven dat de consultatie- en adviesfunctie wordt ingekocht in 2026 voor die doelgroepen die als aanspraak opgenomen zijn in de Rlz. Om deze functie duurzaam beschikbaar te houden, hanteren de zorgkantoren de eerder geformuleerde uitgangspunten en aanvullende inkoopvoorwaarden. Deze zijn weer opgenomen in de ZN bijlage 4 aanvullende inkoopvoorwaarden.

Wij spreken de verwachting uit dat de doelgroepnetwerken, samen met de zorgkantoren, ernaar streven om landelijk binnen het budget van 4,5 miljoen euro per jaar te blijven.

### **Aanvullende inkoopvoorwaarden dagbesteding ggz-wonen**

Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortvloeiende uitvoeringsconsequenties hebben de zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vallen voor het zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.

Wel willen wij in het bijzonder een opmerking plaatsen inzake de registratie en verantwoording van geleverde zorg. Vanuit de vigerende regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz dienen zorgaanbieders vast te leggen welke inzet (ook rondom dagbesteding) voor de betreffende cliënt passend is en ingezet zal worden en dient ook intern getoetst te worden of de gedeclareerde zorg feitelijk geleverd is aan de cliënt.

De actuele versie van het zorginkoopbeleid en de bijlagen vindt u op onze website ([www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor](http://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor)).

# 1 Bijlagen

## Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2026

Vraag	Antwoord
<i>DEEL I: ZORGAANBIEDERGERBONDEN DEEL</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS</i>	
In de tekst is toegevoegd dat de mogelijkheid bestaat voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig 2x te verlengen met een periode van 1 jaar. Als het zorgkantoor hier gebruik van wil maken, geeft het zorgkantoor dit 3 mnd. voor het einde van de contractperiode aan via een mededeling aan de zorgaanbieder. Op basis van welke voorwaarden besluit het zorgkantoor welke zorgaanbieders voor een verlenging in aanmerking komen en welke niet?	Als het zorgkantoor van de verlengingsoptie gebruik maakt, dan worden alle overeenkomsten verlengd, omdat in alle lopende overeenkomsten en in de voor 2026 te sluiten overeenkomsten de verlengingsoptie is opgenomen. Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt in zorgaanbieders.
In de tekst is toegevoegd dat de mogelijkheid bestaat voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig 2x te verlengen met een periode van 1 jaar. Als het zorgkantoor hier gebruik van wil maken, geeft het zorgkantoor dit 3 mnd. voor het einde van de contractperiode aan via een mededeling aan de zorgaanbieder. Bent u het er mee eens dat deze toevoeging veel speelruimte biedt aan zorgkantoren, maar weinig zekerheid aan aanbieders, die dus pas 3 mnd voor het aflopen van de overeenkomst weten waar ze aan toe zijn?	Of er nieuw (meerjarig) inkoopbeleid komt of dat het huidige inkoopbeleid verlengd wordt, zal eind mei, begin juni 2026 duidelijk worden. Daarmee wordt dan ook duidelijk of de overeenkomst al dan niet verlengd zal worden. Bij verlenging moet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling doen aan de individuele zorgaanbieder. Echter, de zorgaanbieder zal eind mei, begin juni 2026 dus al weten waar hij aan toe is.
In de overeenkomst is I.H toegevoegd, te weten: "Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder." Als het zorgkantoor voor 2027 van de verlengingsoptie gebruik wil maken, dan kan het zijn dat de aanbieders hier pas op 30 september 2026 over worden geïnformeerd. Gaat het dan om ongewijzigd beleid of komt er dan net als in de huidige procedure een Actualisatie 2027, waarbij conform de betreffende paragrafen vragen kunnen worden gesteld respectievelijk	Of er nieuw (meerjarig) inkoopbeleid komt of dat het huidige inkoopbeleid verlengd wordt, zal eind mei, begin juni 2026 duidelijk worden. Daarmee wordt dan ook duidelijk of de overeenkomst al dan niet verlengd zal worden. Bij verlenging moet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling doen aan de individuele zorgaanbieder. Echter, de zorgaanbieder zal eind mei, begin juni 2026 dus al weten waar hij aan toe is.  Bij verlenging kunnen er wijzigingen worden doorgevoerd in het inkoopbeleid/de inkoopdocumenten waaronder de overeenkomst. Als bij verlenging wijzigingen in het inkoopbeleid inclusief bijlagen worden doorgevoerd dan

<p>bezwaar kan worden ingediend? Hoe ziet u deze procedure?</p>	<p>kunnen over de gewijzigde onderdelen vragen worden gesteld. Ook kan bezwaar worden aangetekend tegen de gewijzigde delen van het inkoopbeleid inclusief bijlagen</p>
<p>U geeft aan dat u daarnaast de mogelijkheid wilt hebben om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder. in welke situatie is het denkbaar dat u hier gebruik van zou willen maken? Kunt u dat toelichten?</p>	<p>Of de overeenkomst verlengd wordt, zal m.n. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt.</p>
<p>In het geval de overeenkomst eenzijdig verlengd wordt, mogen aanbieders er dan vanuit gaan dat alle zorgkantoren de overeenkomst verlengen met dezelfde termijn zodat de nieuwe inkoopprocedure op hetzelfde moment start?</p>	<p>Daar kunt u vanuit gaan. Een verlenging van de overeenkomst impliceert tevens een verlenging van het regionale inkoopbeleid.</p>
<p>In artikel I H. staat genoteerd: Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder.</p> <p>Via welk kanaal communiceert het zorgkantoor over de verlengingsmogelijkheid?.</p>	<p>De mededeling van een verlenging van de overeenkomst aan de individuele zorgaanbieder zal schriftelijk plaatsvinden via e-mail of per brief. Eind mei, begin juni 2026 zal duidelijk worden of er nieuw (meerjarig) inkoopbeleid komt, of dat het huidige inkoopbeleid verlengd wordt. Bij verlenging zullen zorgkantoren eind mei, begin juni 2026 met het oog op het jaar 2027 een geactualiseerde versie van het huidige inkoopbeleid publiceren dan wel een aanvulling daarop. Een verlenging van het inkoopbeleid impliceert een verlenging van de overeenkomst.</p>
<p>In artikel I H. staat genoteerd: Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder.</p> <p>Is het zorgkantoor bereid te communiceren in beide gevallen: bij verlengen en bij niet verlengen (dus ook een kennisgeving dat er een nieuw meerjarig beleid komt i.p.v. een verlenging)?</p>	<p>Of er nieuw (meerjarig) inkoopbeleid komt of dat het huidige inkoopbeleid verlengd wordt, zal eind mei, begin juni 2026 duidelijk worden. Daarmee zal dan ook de vraag of de overeenkomst al dan niet verlengd wordt, beantwoord zijn.</p>
<p>In artikel I H. staat genoteerd: Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op</p>	<p>Een verlenging van de overeenkomst impliceert een verlenging van het inkoopbeleid. Bij verlenging kunnen er wijzigingen worden doorgevoerd in het inkoopbeleid/de inkoopdocumenten waaronder de overeenkomst.</p>

<p>dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder.</p> <p>Wordt bij verlenging de inhoud van de overeenkomst, inclusief het inkoopdocument en bijlagen, automatisch overgenomen of kunnen er wijzigingen worden doorgevoerd?</p>	
<p>In artikel I H. staat genoteerd: Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder.</p> <p>Wordt bij verlenging het richttariefpercentage heroverwogen?</p>	<p>Een verlenging van de overeenkomst impliceert een verlenging van het inkoopbeleid. Bij verlenging zullen voor het jaar waarmee de overeenkomst verlengd wordt herziene richttariefpercentages gepubliceerd worden.</p>
<p>In artikel I H. staat genoteerd: Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder.</p> <p>Is er bij verlenging een mogelijkheid tot vragen stellen en een mogelijkheid tot het indienen van bezwaar?</p>	<p>Een verlenging van de overeenkomst impliceert een verlenging van het inkoopbeleid. Als bij verlenging wijzigingen in het inkoopbeleid inclusief bijlagen worden doorgevoerd dan kunnen over de gewijzigde onderdelen vragen worden gesteld. Ook kan bezwaar worden aangetekend tegen de gewijzigde delen van het inkoopbeleid inclusief bijlagen.</p>
<p>In de Wlz overeenkomst is toegevoegd:  "Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder."  a. Op basis van welke criteria besluit het zorgkantoor welke zorgaanbieders voor een dergelijke verlenging in aanmerking komen?  b. Bent u het ermee eens dat dit een eenzijdige clause is die zorgkantoren veel speelruimte geeft en zorgaanbieders weinig waarborgen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Ad a.)  Als het zorgkantoor van de verlengingsoptie gebruik maakt, dan worden alle overeenkomsten verlengd, omdat in alle lopende overeenkomsten en de voor 2026 te sluiten overeenkomsten de verlengingsoptie is opgenomen. Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt in zorgaanbieders.</p> <p>Ad b.)  Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft. Met de stelling dat de bepaling inzake verlenging aan de zorgaanbieders weinig waarborgen geeft, is het zorgkantoor het niet eens. De waarborgen zijn voor en na de</p>

	<p>verlenging dezelfde, omdat een verlenging van de overeenkomst tevens een verlenging van het inkoopbeleid impliceert.</p>
<p>U geeft in artikel I H aan dat het zorgkantoor eenzijdig de overeenkomst kan verlengen. Interpreteren we het goed als we aannemen dat we dan een jaarovereenkomst sluiten, waarbij alleen het zorgkantoor de keuze heeft of dit een meerjaren overeenkomst wordt? Waarom is hier niet gekozen voor een tweezijdige keuze? Wat als een aanbieder het niet met verlenging eens is?</p>	<p>Afgezien van het feit dat er met zorgaanbieders meerjarige overeenkomsten (2024-2026 en 2025-2026) gesloten zijn, waarin dezelfde verlengingsoptie is opgenomen, gaat het hier om de Wlz-overeenkomst voor het jaar 2026. Dat is een overeenkomst voor een jaar, waarbij alleen het zorgkantoor de mogelijkheid heeft om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Overigens wordt een éénjarige overeenkomst door een verlenging strikt genomen geen meerjarige overeenkomst, al begrijpen wij dat dat in de praktijk wel zo wordt ervaren.</p> <p>Deze bepaling is bewust niet tweezijdig gemaakt. Het zorgkantoor heeft namelijk een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem nu juist in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft. Als de zorgaanbieder de overeenkomst afsluit, stemt hij in met alle bepalingen die in de overeenkomst zijn opgenomen inclusief de bepaling die over het verlengen van de overeenkomst gaat. Als een zorgaanbieder de overeenkomst getekend heeft en het vervolgens niet eens is met de verlenging, kan hij deze verlenging niet voorkomen.</p>
<p>Door toevoeging van I.H. is het bij verlenging dus mogelijk dat de overeenkomst t/m 31 december 2028 standhoudt?</p>	<p>Wanneer het zorgkantoor de overeenkomst twee keer met een periode van één jaar zou verlengen, dan loopt de overeenkomst door tot en met 31 december 2028.</p>
<p>In de Wlz-ovk staat: "Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder.". Wanneer (criteria) zal hiervan sprake zijn en in hoeverre heeft de zorgaanbieder hier inspraak in?</p>	<p>Of de overeenkomst verlengd wordt, zal m.n. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt.</p> <p>De zorgaanbieder heeft geen inspraak in het al dan niet verlengen van de overeenkomst. De bepaling houdt immers in dat het zorgkantoor de overeenkomst eenzijdig kan verlengen.</p>

<p>Toevoeging I.H. De mogelijkheid vanuit het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met één jaar te verlengen. Op basis van welke criteria besluit het zorgkantoor of van deze verlengingsopties gebruik wordt gemaakt?</p>	<p>Of de overeenkomst verlengd wordt, zal m.n. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt.</p>
<p>In welke gevallen kan de optie van eenzijdige verlenging mogelijk worden gebruikt? Klopt het dat er dan geen nieuwe inschrijving hoeft te worden gedaan door de zorgaanbieder?</p>	<p>Of de overeenkomst verlengd wordt, zal m.n. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt.</p> <p>Bij verlenging kunnen er wijzigingen worden doorgevoerd in het inkoopbeleid/de inkoopdocumenten waaronder de overeenkomst. In dat geval is het denkbaar dat via een instemmingsverklaring of anderszins instemming wordt gevraagd met de doorgevoerde wijzigingen. Daarmee zou er dan toch weer sprake zijn van een nieuwe inschrijving.</p>
<p><i>DEEL I.B: ZORGAANBIEDERGERBONDEN AFSPRAKEN</i></p>	
<p>In artikel I.H neemt u een mogelijkheid op om de overeenkomst met twee keer met de periode van één jaar te verlengen. Kunt u toelichten waarom hiervoor is gekozen? En kunt u tevens toelichten waarom is gekozen voor twee keer één jaar en niet voor één keer één jaar?</p>	<p>Omdat zorgkantoren zich de mogelijkheid voorbehouden om het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 te verlengen, is ook in de overeenkomsten een verlengingsoptie opgenomen. Een verlenging van het regionale inkoopbeleid impliceert namelijk tevens een verlenging van de overeenkomsten. Omdat zorgkantoren het inkoopbeleid Wlz 2024-2026 twee keer met een periode van één jaar willen kunnen verlengen, is dat ook zo in de overeenkomsten opgenomen.</p>
<p>1. Indien het zorgkantoor gebruik maakt van de mogelijkheid om de overeenkomst eenzijdig te verlengen met één jaar, blijven dan alle contractvoorwaarden ongewijzigd van kracht, of kan het zorgkantoor bij die verlenging voorwaarden en/of tarieven aanpassen? Zo ja, op welke wijze worden deze wijzigingen met de zorgaanbieder afgestemd?</p> <p>2. Kunt u toelichten op basis van welke wettelijke of beleidsmatige grondslag het zorgkantoor de mogelijkheid heeft om deze overeenkomst eenzijdig twee keer met een jaar te verlengen? Daarnaast vernemen wij graag hoe is vastgesteld dat de mededeling hierover uiterlijk drie maanden vóór de geldende einddatum moet plaatsvinden.</p> <p>3. Bent u het ermee eens dat dit een eenzijdige clauseule is die zorgkantoren veel speelruimte geeft en zorgaanbieders weinig waarborgen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Ad 1.) Het zorgkantoor kan bij verlenging voorwaarden en/of tarieven aanpassen. Een verlenging van de overeenkomst impliceert tevens een verlenging van het inkoopbeleid. Denkbaar is dat via een instemmingsverklaring of anderszins instemming wordt gevraagd met eventueel doorgevoerde wijzigingen.</p> <p>Bij verlenging zullen voor het jaar waarmee de overeenkomst verlengd wordt herziene richttariefpercentages gepubliceerd worden. De procedurele waarborgen daaromtrent zullen dezelfde zijn als in het huidige inkoopbeleid.</p> <p>Ad 2.) Het zorgkantoor heeft de vrijheid (contractsvrijheid) om de inhoud van de overeenkomst naar eigen inzichten vorm te geven, zolang de overeenkomst qua inhoud maar niet in strijd is met de wet en dat is hier niet het</p>

	<p>geval.</p> <p>Ad 3.) Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft. Met de stelling dat de bepaling inzake verlenging aan de zorgaanbieders weinig waarborgen geeft, is het zorgkantoor het niet eens. De waarborgen zijn voor en na de verlenging dezelfde, omdat een verlenging van de overeenkomst tevens een verlenging van het inkoopbeleid impliceert.</p>
Tussen onze organisatie en het zorgkantoor is reeds een contract 2025 - 2026 gesloten. Klopt het daarmee dat voor 2026 het eenjarig contract beschikbaar gesteld ter inzage per 28 mei 2025 niet van toepassing is? Of wordt dit contract wederom aangeboden ter tekening voor 2026?	Het eenjarige contract voor 2026 wordt u niet aangeboden ter ondertekening, omdat uw organisatie al een contract heeft voor 2025-2026. Wel verklaart u via de instemmingsverklaring o.a. dat u de voorwaarden van de overeenkomst Wlz 2026 met bijbehorende bijlagen aanvaardt.
<i>Indien van toepassing: Voorwaardelijke bepalingen</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<b>DEEL II: REGIOGEBONDEN DEEL</b>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<b>DEEL III: ALGEMEEN DEEL</b>	
In hoofdstuk 1 artikel 1 (Zorglevering) staat in lid 8 het bijhouden van de Zorgatlas toegevoegd. De Zorgatlas, gebouwd door WEM, is helaas niet goed te vullen en onderhouden voor aanbieders met veel locaties, waardoor dit administratieve lasten oplevert en de gevraagde gegevens al op de websites van aanbieders staan. Afgelopen jaar is gesproken over het vergemakkelijken van de toevoegingen en wijzigingen op Zorgatlas middels een te ontwikkelen upload bestand. Kunt u aangeven wat de status hiervan is zodat de administratieve lasten bij zorgaanbieders beperkt blijven?	Hoewel 'zorgatlaswz.nl' is gemarkeerd als zijnde gewijzigd/ toegevoegd, is dat toch niet juist. Dit was zo al opgenomen in de Wlz-overeenkomst 2025 - 2026 en in de Wlz-overeenkomst 2025. Er wordt inmiddels gewerkt aan een oplossing voor zorgaanbieders om informatie makkelijker aan te leveren. Er zijn concrete stappen gezet voor het realiseren van een oplossing. Het Besturingsoverleg Zorgatlas is hierbij betrokken. Er is nog geen datum bekend voor de oplevering.
Artikel 2 lid 8 is achterhaald, want de nieuwe richtlijn van Verenso maakt geen verwijzing meer naar het moeten verzorgen van praktijkruimte plus assistent door Wlz-	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.

<p>aanbieder. Verzoek aan zorgkantoor om dit artikel te schrappen, omdat dit dus niet in lijn is met vigerende richtlijn mondzorg.  <a href="https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen_en_praktijkvoering/richtlijnendatabase/mondverzorging_in_de_langdurige_zorg">https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen_en_praktijkvoering/richtlijnendatabase/mondverzorging_in_de_langdurige_zorg</a></p>	
<p>Artikel 1 lid 3: Om de instroom van ongekwalificeerde zorgverleners in de zorg tegen te gaan, dient de zorgaanbieder bij het aannemen van nieuwe zorgverleners de geschiktheid te onderzoeken van degene die beroepsmatig zorg wil gaan verlenen. Dit conform de vergewisplicht zoals benoemd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Wordt door de zorgaanbieder geen invulling gegeven aan de vergewisplicht, dan kan dit voor het zorgkantoor reden zijn maatregelen te nemen richting de zorgaanbieder. Welke maatregelen kan het zorgkantoor nemen?</p>	<p>Als geen of onvoldoende invulling wordt gegeven aan de vergewisplicht dan is er sprake van niet-nakoming en is artikel 18 Niet nakoming van de Wlz-overeenkomst van toepassing. Daarin is ook aangegeven welke maatregelen er uiteindelijk onder andere genomen zouden kunnen worden.</p>
<i>Intentie en afbakening</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>Begrippen</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>Hoofdstuk 1: Levering van zorg</i>	
<p>In hoofdstuk 1 is artikel 1 lid 3 toegevoegd dat betrekking heeft op het tegengaan van de instroom van ongekwalificeerde zorgverleners. Uiteraard streven wij daar ook naar. U schrijft aan het eind van het artikel: "Wordt door de zorgaanbieder geen invulling gegeven aan de vergewisplicht, dan kan dit voor het zorgkantoor reden zijn maatregelen te nemen richting de zorgaanbieder." De vergewisplicht is benoemd in de Wkkgz, waar de IGJ op toeziet. Waarom wil het zorgkantoor aanvullend daarop maatregelen kunnen nemen? Kunnen de maatregelen van het zorgkantoor aanvullend zijn op die van de IGJ? Welke maatregelen zijn dan leidend? Heeft het zorgkantoor uitgezocht of deze maatregelen juridisch mogelijk zijn?</p>	<p>Het zorgkantoor wil via dit artikellid benadrukken dat het belangrijk is dat zorgaanbieders uitsluitende gekwalificeerd personeel in dienst nemen; met het oog op de kwaliteit van zorg maar ook ter voorkoming van fraude en infiltratie van criminelen in de zorg.</p> <p>Het is aan het zorgkantoor toegestaan om een dergelijke bepaling in de overeenkomst op te nemen en bij niet nakoming daarvan maatregelen te nemen die zij ook kan nemen als andere bepalingen die in de overeenkomst zijn opgenomen, niet worden nagekomen (zie artikel 18 Niet nakoming). Deze eventuele maatregelen staan los van de maatregelen die een IGJ kan nemen in haar rol als handhaver van deze Wkkgz-verplichting.</p>
<p>Gaat het zorgkantoor niet te veel op de stoel zitten van de IGJ als het gaat over het toezicht</p>	<p>Door deze bepaling in de overeenkomst op te nemen gaat het zorgkantoor niet op de stoel van de IGJ zitten. De IGJ heeft als handhaver van</p>

<p>op het naleven van de vergewisplicht beroepsmatige zorgverleners (Wkkgz)?</p>	<p>deze Wkkgz-verplichting haar eigen rol en haar eigen arsenaal aan maatregelen die zij kan inzetten. Dat geldt ook voor het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan zijn eigen maatregelen nemen uit hoofde van de overeenkomst als deze bepaling die over de vergewisplicht gaat, niet wordt nagekomen.</p>
<p>De volgende passage is toegevoegd aan de Wlz overeenkomst: "Om de instroom van ongekwalificeerde zorgverleners in de zorg tegen te gaan, dient de zorgaanbieder bij het aannemen van nieuwe zorgverleners de geschiktheid te onderzoeken van degene die beroepsmatig zorg wil gaan verlenen. Dit conform de vergewisplicht zoals benoemd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Wordt door de zorgaanbieder geen invulling gegeven aan de vergewisplicht, dan kan dit voor het zorgkantoor reden zijn maatregelen te nemen richting de zorgaanbieder."</p> <p>Vanuit de Wkkgz ziet de IGJ toe op naleving van deze vergewisplicht. Wij verwachten dat het zorgkantoor niet op de stoel van de toezichthouder gaat zitten en dus de bevoegdheid tot naleving vergewisplicht bij de IGJ laat. Tevens gaan wij ervanuit dat het zorgkantoor geen maatregelen neemt aanvullend op die van de IGJ. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Het zorgkantoor gaat niet op de stoel van de IGJ zitten. De IGJ heeft als handhaver van deze Wkkgz-verplichting haar eigen rol en haar eigen arsenaal aan maatregelen die zij kan inzetten. Het zorgkantoor kan daarentegen zijn eigen maatregelen uit hoofde van de overeenkomst nemen als de bepaling die over de vergewisplicht gaat, niet wordt nagekomen.</p> <p>Wanneer de IGJ maatregelen aan een zorgaanbieder zou opleggen vanwege het niet voldoen aan de vergewisplicht, dan kan dat voor het zorgkantoor een indicatie zijn dat de bepaling in de overeenkomst die over de vergewisplicht gaat, niet is nagekomen. Het zorgkantoor zou dan zijn maatregelen uit hoofde van de overeenkomst kunnen inzetten.</p>
<p>Artikel 1 lid 3: Kunt u specificeren wat mogelijke maatregelen kunnen zijn?</p>	<p>Als de zorgaanbieder geen of onvoldoende invulling geeft aan de vergewisplicht kan het zorgkantoor de maatregelen nemen zoals deze zijn opgenomen in artikel 18 Niet nakoming.</p>
<p><i>Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens</i></p>	
<p>In artikel 11 lid 2 sub f geeft u aan dat de zorgaanbieder in de GGZ sector het jaarverslag publiceert op de eigen website. Kunt u toelichten waarom u deze eis stelt en deze afwijkt van de andere sectoren?</p>	<p>Het zorgkantoor stelt deze eis omdat het op deze wijze kennis kan nemen van het kwaliteitsverslag. Deze eis wijkt in zoverre niet af van de eisen die aan de andere sectoren worden gesteld, dat de zorgaanbieder in de VV-sector die onder de reikwijdte van het Generieke Kompas valt, elk jaar uiterlijk 31 maart een kwaliteitsbeeld moet opstellen over het voorgaande jaar en dat ook moet publiceren op de eigen website en daarnaast nog de URL van de website moet aanleveren bij het Zorginstituut Nederland en bij het zorgkantoor.</p>

<p>In de Overeenkomst Wlz staat opgenomen dat de zorgaanbieder het kwaliteitsbeeld dient te publiceren op de eigen website en de URL van de website dient aan te leveren bij het Zorginstituut Nederland. Aanvullend hierop is opgenomen dat het kwaliteitsbeeld bij het zorgkantoor dient te worden aangeleverd. Wij merken op dat dit niet in lijn is met de afspraken uit het Generiek Kompas en een extra handeling vergt voor aanbieders. Onnodige administratieve lasten moeten worden voorkomen. Kunt u aangeven waarom u deze extra administratieve taak noodzakelijk acht? Zo nee, waarom besluit u hier dan toe ondanks de toename van administratieve lasten?</p>	<p>Zorgkantoren dienen toe te zien op de kwaliteit van de door hen ingekochte zorg. Deze verplichting vloeit voort uit de Beleidsregel Normenkader Wlz-uitvoerders van de NZa.</p> <p>Om zicht te houden op welke zorgaanbieders wel of geen kwaliteitsbeeld hebben opgeleverd, en om zich van de inhoud te kunnen vergewissen heeft het zorgkantoor aansluiting gezocht bij wat het Zorginstituut Nederland van zorgaanbieders op dit punt vraagt. Het Zorginstituut vraagt zorgaanbieders het kwaliteitsbeeld op hun website te publiceren en een URL bij hen aan te leveren. Het zorgkantoor vraagt hun om die URL ook bij hem aan te leveren. Het zorgkantoor is van mening dat dit nauwelijks administratieve lasten met zich meebrengt. Een alternatief was geweest dat zorgaanbieders het zorgkantoor het kwaliteitsbeeld in document-vorm hadden moeten toesturen. Dat had een grotere administratieve last met zich meegebracht.</p>
<p><i>Hoofdstuk 3: iWlz</i></p>	
<p>Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.</p>	
<p><i>Hoofdstuk 4: Controle</i></p>	
<p>Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.</p>	
<p><i>Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling</i></p>	
<p>In de Wlz Overeenkomst Artikel 16 lid 2 is opgenomen dat het zorgkantoor de zorgaanbieder verplicht tot een (extra) UBO-registratie bij Vektis. UBO-registraties staan al in het Handelsregister, en zijn als zodanig raadpleegbaar. Onnodige registratielast moet worden voorkomen in het kader van het reduceren van administratieve lasten. Kunt u aangeven waarom u deze extra registratie noodzakelijk acht? Zo nee, waarom besluit u dan ondanks de toename van administratieve lasten tot de extra registratieplicht?</p>	<p>Vanwege een uitspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie is het UBO-register dat beheerd wordt door de Kamer van Koophandel sinds 22 november 2022 niet meer openbaar. Daarom draagt Vektis zorg voor het uitvragen van de UBO('s) namens de zorgverzekeraars/ zorgkantoren. Het voordeel daarvan is dat een zorgaanbieder de UBO('s) niet bij elk(e) zorgverzekeraar/ zorgkantoor afzonderlijk hoeft op te geven.</p> <p>Conform lid 4 van artikel 16 betaalt het zorgkantoor nooit aan een zorgaanbieder, waarvan een UBO niet bekend wordt gemaakt door de zorgaanbieder via Vektis of waarvan een UBO onder een wettelijke sanctieregeling valt.</p>
<p><i>Hoofdstuk 6: Fraude en niet nakoming</i></p>	
<p>Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.</p>	

<i>Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst</i>
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.
<i>Hoofdstuk 8: Slotbepalingen</i>
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.
<i>Bijlage A: lijst van regio's</i>
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.

### **Bijlage 3A Bestuursverklaring 2025**

<b>Vraag</b>	<b>Antwoord</b>
<i>Algemene gegevens</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>3. Het zorgkantoor sluit de zorgaanbieder uit waarop één of meer van de volgende uitsluitingsgronden van toepassing zijn.</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>4. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de eisen van onderaanneming (eisen waaraan wordt voldaan, aanvinken).</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>5. De zorgaanbieder verklaart dat hij op het moment van inschrijving een Wlz overeenkomst heeft gesloten met een zorgkantoor, die tussentijds niet is beëindigd.</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>6. De bestuurder(s), dan wel de gemachtigde namens de bestuurder(s) (bewijs van machtiging om voor de zorgaanbieder te mogen tekenen bijvoegen) verklaart (verklaren) de gehele bestuursverklaring naar waarheid te hebben ingevuld en verklaart (verklaren) de documenten, zoals te vinden in het 'Overzicht aan te leveren documenten' in het regionale inkoopbeleid, bij de inschrijving te hebben bijgevoegd.</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>Bijlage 1: Aan te leveren documenten</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>Bijlage 2: Onderaannemerschap</i>	

Indien een locatie wordt aangestuurd door een manager van onze organisatie, maar het begeleidend personeel volledig personeel niet in loondienst is, betekent dit dan dat het zorgkantoor dit ziet als volledige onderaanneming en daarmee deze locatie uitsluit van contractering? Indien het antwoord op deze vraag JA is, dan graag nader onderbouwen waarom dit als onderaanneming wordt gezien?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
<i>Bijlage 3: Lijst met zorgkantorregio's en zorgkantoren</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>Bijlage 4: Lijst van regio's</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	

### **Bijlage 3B Instemmingsverklaring 2025**

Over deze bijlage zijn géén vragen gesteld.

### **Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden**

<b>Vraag</b>	<b>Antwoord</b>
<i>2. Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>2.1 Wlz-behandeling (V&amp;V en GZ)</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.	
<i>2.2. Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&amp;V en GZ)</i>	
U geeft aan dat Afspraken worden conform het convenant MGZ regionaal gemaakt aan de daarvoor bestemde regiotafels. Worden deze getoetst door het zorgkantoor?	Aan de regiotafel worden de samenwerkingsafspraken, in lijn met het convenant, regionaal uitgewerkt. Dit is de verantwoordelijkheid van alle convenantpartijen, de zorgkantoren zijn hierbij betrokken. Als er geen afspraken gemaakt zijn, zal dit leiden tot knelpunten. Knelpunten worden ook besproken aan de regiotafel en zo nodig geëscaleerd naar branchepartijen. Er is geen specifiek toetsingskader.
<i>2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&amp;V, GGZ en GZ)</i>	

<p>Spraakgestuurde hulpmiddelen worden 100% bovenbudgettair vergoedt per 1_1_2025. Is de datum van 1_1_2025 correct? Zo ja, betekent dit dat met terugwerkende kracht deze hulpmiddelen voor 100% bekostigd worden?</p>	<p>Wij gaan er vanuit dat u spraakvervangende hulpmiddelen bedoelt. De datum 1-1-2025 is correct. Vanaf 1-1-2025 hanteren zorgkantoren de 100% vergoeding in de verwerking van aanvragen al, waardoor er geen sprake is van terugwerkende kracht.</p>
<p>Kunnen jullie het volgende stukje tekst verduidelijken? "Per 1_1_2025 worden spraakvervangende hulpmiddelen 100% bovenbudgettair vergoed. Het gaat hierbij om hulpmiddelen voor primaire communicatie. De secundaire communicatie komt niet in aanmerking" Betekent dit dat hier meer vergoeding voor mogelijk is en om welke hulpmiddelen gaat dit precies?</p>	<p>Spraakvervangende hulpmiddelen worden 100% vergoed wanneer ze binnen de categorie primaire communicatie vallen. Primaire communicatie betreft die communicatie welke functioneel noodzakelijk is tussen cliënt en zorgverlener(s) om de, gekoppeld aan de opname indicatie, noodzakelijke zorgtaken adequaat uit te (laten) voeren.</p>
<p><i>2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&amp;V, GGZ en GZ)</i></p>	
<p>De huidige SPUK DOS regeling heeft betrekking op de domeinoverstijgende samenwerking tussen zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten. Voor de nieuwe Wet DOS bouwt u in 2026 voort op deze regeling. Wat wordt de rol van zorgaanbieders hierin?</p>	<p>Zorgkantoren overleggen op dit moment met VWS en de NZa over de precieze kaders voor de inzet van DOS-middelen vanaf 2026. Op basis daarvan wordt het beleid verder uitgewerkt en gepubliceerd zodra het is vastgesteld.</p>
<p>U vermeldt dat de relevante partijen in het najaar van 2025 worden ingelicht over de nieuwe Wet DOS. Wat zijn voor u relevante partijen?</p>	<p>Zorgkantoren overleggen op dit moment met VWS en de NZa over de precieze kaders voor de inzet van DOS-middelen vanaf 2026. Op basis daarvan wordt het beleid verder uitgewerkt en gepubliceerd zodra het is vastgesteld.</p>
<p>In Bijlage 4 ZN Aanvullende inkoopvoorwaarden (pagina 9) staat het beleid rondom Domeinoverstijgende samenwerking (V&amp;V, GGZ en GZ) als de wet DOS per 1 januari 2026 in werking treedt. We nemen aan dat in de aankomende tijd meer duidelijk wordt voor zorgkantoren hoe omgaan met domeinoverstijgende samenwerking waardoor nieuwe initiatieven in 2026 van start zouden kunnen gaan.</p> <p>In de tekst staat dat het bij domeinoverstijgende samenwerking gaat om maatregelen die het beroep op zorg op grond van de Wlz voorkomen, verminderen dan wel uitstellen.</p> <p>Kan het ook gaan om samenwerking ten behoeve van de groep Wlz-geïndiceerden met een ZZP VV4? Licht uw antwoord toe a.u.b.</p>	<p>Zorgkantoren overleggen op dit moment met VWS en de NZa over de precieze kaders voor de inzet van DOS-middelen vanaf 2026. Op basis daarvan wordt het beleid verder uitgewerkt en gepubliceerd zodra het is vastgesteld.</p>
<p>In 2.5 wordt over de invoering van wet DOS gesproken. Hoe willen jullie eventuele overhevelingen van budget naar de gemeente</p>	<p>Zorgkantoren overleggen op dit moment met VWS en de NZa over de precieze kaders voor de inzet van DOS-middelen vanaf 2026. Op basis daarvan</p>

<p>gaan vormgeven over de budgetten van zorgaanbieder? Wordt dit afgeroomd of wordt er bv. aanbieder overstijgend via het regiobudget van het zorgkantoor gealloceerd?</p>	<p>wordt het beleid verder uitgewerkt en gepubliceerd zodra het is vastgesteld.</p>
<p>Als een zorgaanbieder een nieuw initiatief voor domeinoverstijgende samenwerking ziet en daaraan wil bijdragen, welke criteria worden dan hierbij gesteld zodat de zorgorganisatie effectief in gesprek kan gaan met het zorgkantoor om zo'n initiatief succesvol in gang te zetten voor 2026?</p>	<p>Bij sommige zorgkantoren zijn de voorwaarden hiervoor al opgenomen in het vigerende inkoopbeleid. Aanvullende informatie over financiering van domeinoverstijgende samenwerking binnen Wet DOS zal later dit jaar door de zorgkantoren bekend gemaakt worden.</p>
<p>In Bijlage 4 ZN Aanvullende inkoopvoorwaarden (pagina 9) staat het beleid rondom Domeinoverstijgende samenwerking (V&amp;V, GGZ en GZ) als de wet DOS per 1 januari 2026 in werking treedt. We nemen aan dat in de aankomende tijd meer duidelijk wordt voor zorgkantoren hoe omgaan met domeinoverstijgende samenwerking waardoor nieuwe initiatieven in 2026 van start zouden kunnen gaan.</p> <p>a. Waarom richten zorgkantoren zich bij voorbaat in 2026 op bestaande SPUK initiatieven terwijl als meer duidelijk is ook nieuwe domeinoverstijgende initiatieven kansrijk kunnen zijn?</p> <p>b. Als een zorgaanbieder een nieuw initiatief ziet voor domeinoverstijgende samenwerking en daaraan wil bijdragen, gaan wij ervanuit dat de zorgorganisatie daarover in gesprek kan gaan met het zorgkantoor om een initiatief in 2026 in gang te zetten. Klopt dat? Zo niet, waarom niet?</p> <p>c. Wij gaan ervanuit dat – in het geval een gemeente een nieuw initiatief ziet voor domeinoverstijgende samenwerking waaraan zij wil bijdragen – de gemeente daarover in gesprek kan gaan met het zorgkantoor om een initiatief in 2026 gang te zetten? Zo nee, waarom niet?</p> <p>d. In de tekst staat dat het bij domeinoverstijgende samenwerking gaat om maatregelen die het beroep op zorg op grond van de Wlz voorkomen, verminderen dan wel uitstellen. Kan het ook gaan om samenwerking die zorg bij Wlz geïndiceerde voorkomt, vermindert dan wel uitstelt? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Zorgkantoren overleggen op dit moment met VWS en de NZa over de precieze kaders voor de inzet van DOS-middelen vanaf 2026. Op basis daarvan wordt het beleid verder uitgewerkt en gepubliceerd zodra het is vastgesteld.</p>
<p>Waarom wordt vooral ingezet op bestaande SPUK initiatieven? Komt er aanvullend beleid per 1_1_2026 om ook andere initiatieven met DOS te bekostigen?</p>	<p>Zorgkantoren overleggen op dit moment met VWS en de NZa over de precieze kaders voor de inzet van DOS-middelen vanaf 2026. Op basis daarvan wordt het beleid verder uitgewerkt en gepubliceerd zodra het is vastgesteld.</p>

Hoe informeert u zorgaanbieders over het vervolg van de uitvoering van de Wet DOS?	Zorgkantoren overleggen op dit moment met VWS en de NZa over de precieze kaders voor de inzet van DOS-middelen vanaf 2026. Op basis daarvan wordt het beleid verder uitgewerkt en gepubliceerd zodra het is vastgesteld.
<i>2.8 Laag Volume Hoog Complex (V&amp;V, GZ en GGZ)</i>	
Helaas heeft VWS niet tijdig de voortgang op de NAH+ en consultatie kunnen delen. Met de publicatie van de nota van inlichtingen verwacht u meer informatie te kunnen geven. Is het mogelijk om over deze informatie, de financiële dekking en de inhoudelijke afspraken, zo nodig nog aanvullende vragen in de vorm van de Nota van Inlichtingen te stellen?	Wij verwachten dat het bestaande inkoopbeleid voor LVHC niet wordt aangepast. Als VWS alsnog besluit om toestemming te geven voor de financiering van deze twee doelgroepen, betreft het enkel het toevoegen van twee doelgroepen aan het bestaande beleid. Het is dan niet nodig om een mogelijkheid te geven voor het stellen van vragen. Als er toch behoefte is aan meer toelichting kan ook contact opgenomen worden met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
Hoe verhoudt de inkoop van LVHC zich tot de inkoop van Salviq, en zijn er overlap of specifieke afbakeningen tussen deze twee concepten?	De inkoop van LVHC en Salviq zijn twee verschillende inkooptrajecten, omdat het verschillende doelgroepen zijn. Er is geen directe relatie tussen de inkoop van LVHC en Salviq.
Welke zijn de verwachtingen zijn er voor 2026 en later met betrekking tot toevoeging van nieuwe casuïstiekcriteria voor de LVHC-categorieën binnen de GZ? En zo ja, welke LVHC-categorieën zijn dit?	Wij begrijpen deze vraag niet. Wij kennen geen casuïstiekcriteria binnen het LVHC-beleid.
In de sectorbrief is een paragraaf opgenomen over meerzorg (Samen op weg naar passende en doelmatige zorg). In die paragraaf staat dat u komend jaar (dus inkoopjaar 2026) gericht afspraken gaat maken met zorgaanbieders over kostenbeheersing in relatie tot meerzorg. U geeft aan te gaan onderzoeken hoe de relatie tussen meerzorg en de LVHC-doelgroepen. Daarbij staat dat meer informatie te vinden is in de aanvullende voorwaarden. In paragraaf 2.8 van de aanvullende voorwaarden staat: "VWS heeft op dit moment nog geen duidelijkheid gegeven of zorgkantoren met ingang van 1 januari 2026 LVHC zorg voor de doelgroepen NAH+ en MS+ in kunnen kopen. Wij verwachten met de publicatie van de Nvl meer duidelijkheid te kunnen geven." Feitelijk is er aan het inkoopbeleid dus nog niets gewijzigd. Als er met de publicatie van de Nvl nieuw beleid wordt gepubliceerd over meerzorg en/of zorg voor LVHC-doelgroepen, kunnen daar dan nog vragen over gesteld worden? Zo nee, waarom niet?	Wij verwachten dat het bestaande inkoopbeleid voor LVHC niet wordt aangepast. Als VWS alsnog besluit om toestemming te geven voor de financiering van deze twee doelgroepen, betreft het enkel het toevoegen van twee doelgroepen aan het bestaande beleid. Het is dan niet nodig om een mogelijkheid te geven voor het stellen van vragen. Als er toch behoefte is aan meer toelichting kan ook contact opgenomen worden met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
In 2.8 staat: "VWS heeft op dit moment nog geen duidelijkheid gegeven of zorgkantoren met ingang van 1 januari 2026 LVHC zorg voor de doelgroepen NAH+ en MS+ in kunnen kopen. Wij verwachten met de publicatie van de Nvl	Wij gaan ervanuit uit dat het bestaande inkoopbeleid voor LVHC niet wordt aangepast. Als VWS alsnog besluit om toestemming te geven voor de financiering van deze twee doelgroepen, betreft het enkel het toevoegen van twee

<p>meer duidelijkheid te kunnen geven." Als er met de publicatie van de Nvl nieuw beleid wordt gepubliceerd over zorg voor LVHC-doelgroepen, kunnen daar dan nog vragen over gesteld worden? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>doelgroepen aan het bestaande beleid. Het is dan niet nodig om een mogelijkheid te geven voor het stellen van vragen. Als er toch behoefte is aan meer toelichting kan ook contact opgenomen worden met de zorginkoper van uw zorgkantoor.</p>
<p>In de aanvullende inkoopvoorwaarden is opgenomen dat er voor 2026 nog onzekerheid bestaat over het beschikbare kader voor de C&amp;A functie. Impliceert dit dat het nog onduidelijk is of de C&amp;A functie in 2026 vergoed wordt aan REC of DEC aanbieders?</p>	<p>In 2025 zijn de zorgkantoren gestart met de inkoop van consultatie en advies. Met het ministerie van VWS was afgesproken dat in de loop van 2026 duidelijkheid zou worden gegeven over structurele financiering. Helaas is deze duidelijkheid er op dit moment nog niet.</p> <p>Zorgkantoren vinden de consultatie- en adviesfunctie essentieel om het LVHC-zorglandschap beheersbaar te houden en cruciaal voor het waarborgen van goede zorg aan de cliënten binnen dit landschap. Daarom is besloten om nu richting zorgaanbieders wel al de duidelijkheid te geven dat de consultatie en adviesfunctie wordt ingekocht in 2026 voor de LVHC doelgroepen die als aanspraak opgenomen zijn in de Rlz.</p> <p>Om deze functie duurzaam beschikbaar te houden, hanteren de zorgkantoren de eerder geformuleerde uitgangspunten en aanvullende inkoopvoorwaarden.</p> <p>Bijlage 4 aanvullende inkoopvoorwaarden wordt hierop aangepast.</p>
<p>In Bijlage 4 ZN Aanvullende inkoopvoorwaarden (pagina 9) staat het beleid rondom Consultatie en advies: "Het is VWS nog niet gelukt zekerheid te geven over het beschikbare kader voor de C&amp;A functie in 2026. We verwachten hier bij de Nota van Inlichtingen op basis van informatie van VWS aanvullend over te kunnen communiceren."</p> <p>Wij gaan ervan uit dat als het zorgkantoor hierover informatie verschaft richting zorgaanbieders, dat wij over de gewijzigde onderdelen alsnog vragen kunnen stellen en/of bezwaar kunnen maken via een procedure Nota van Inlichtingen. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Als besloten wordt dat de CCA zorg ook in 2026 geleverd gaat worden, zal het inkoopbeleid niet aangepast worden. Het is dan niet nodig om hierover vragen te stellen.</p>
<p>Het is VWS nog niet gelukt zekerheid te geven over het beschikbare kader voor de C&amp;A functie in 2026. We verwachten hier bij de Nota van Inlichtingen op basis van informatie van VWS aanvullend over te kunnen communiceren. In de sectorbrief wordt aangegeven dat er onderzocht wordt de relatie tussen het inzetten van consultatie en advies en een het inzetten van meerzorg. Wat is de mogelijkheid voor declaratie van consultatie en advies als deze zekerheid er niet komt?</p>	<p>Zorgkantoren vinden de consultatie- en adviesfunctie essentieel om het LVHC-zorglandschap beheersbaar te houden en cruciaal voor het waarborgen van goede zorg aan de cliënten binnen dit landschap. Daarom is besloten om nu richting zorgaanbieders wel al de duidelijkheid te geven dat de consultatie en adviesfunctie wordt ingekocht in 2026 voor de LVHC doelgroepen die als aanspraak opgenomen zijn in de Rlz.</p> <p>Om deze functie duurzaam beschikbaar te houden, hanteren de zorgkantoren de eerder</p>

	<p>geformuleerde uitgangspunten en aanvullende inkoopvoorwaarden.</p> <p>Bijlage 4 aanvullende inkoopvoorwaarden wordt hierop aangepast.</p>
<p>U geeft onder Consultatie en advies aan: "Vanaf 2025 kunnen REC of DEC via de beleidsregel gespecialiseerde zorg, consultatie en advies leveren aan cliënten die buiten een REC of een DEC verblijven. Dit geldt voor de LVHC doelgroepen Korsakov, Huntington, GP+ en DZEP. De geleverde zorg kan worden gedeclareerd door middel van de voor de betreffende specialisatie geldende prestatie uit de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2025 _ BR/REG_25133a. Voor deze prestaties heeft VWS voor het jaar 2025 € 4,5 miljoen beschikbaar gesteld binnen het macrokader. Zorgkantoren hebben daarom in afstemming met VWS aanvullende inkoopvoorwaarden opgesteld om regie te kunnen voeren op de totale uitgaven voor C&amp;A. Het is VWS nog niet gelukt zekerheid te geven over het beschikbare kader voor de C&amp;A functie in 2026. We verwachten hier bij de Nota van Inlichtingen op basis van informatie van VWS aanvullend over te kunnen communiceren". Krijgen zorgaanbieders de mogelijkheid om naar aanleiding van deze informatie in de Nvl vragen te stellen?</p>	<p>Als nog besloten wordt dat de financiering in 2026 wordt gecontinueerd, dan zal het inkoopbeleid hiervoor niet worden aangepast. Het is dan niet nodig om vragen te stellen.</p>
<p>Als in de Nvl geen verdere informatie gegeven wordt over NAH+ ontwikkelingen, kunnen wij hier dan alsnog vragen over stellen?</p>	<p>In de Nota van Wijziging over het richttariefpercentage voor 2026, die wij op 5 september publiceren, geven wij daarnaast ook meer duidelijkheid over het al dan niet doorgaan van de inkoop van de LVHC NAH+ doelgroep in 2026. Dit leidt niet tot aanpassingen of aanvullend inkoopbeleid. Om deze reden is het niet mogelijk hierover vragen te stellen.</p>
<p>4. GGZ</p>	
<p>U stelt dat cliënten met zorgprofiel 5 GGZ_W maatwerk nodig hebben. Daarbij maakt u onderscheid in verschillende beveiligingsniveaus en organisaties die dit mogen bieden. Bij beveiligingsniveau 2 en 3 kan dat alleen bij aanbieders met een forensisch psychiatrische afdeling of kliniek. Zoals u weet zijn dit behandelafdelingen wat niet bedoeld is voor langdurig wonen. Kunt u toelichten waarom u dit heeft opgenomen als aanvullende inkoopvoorwaarden?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>
<p>Bent u met ons eens dat door de aanvullende voorwaarden geen enkele reguliere Wlz woonaanbieder zorgprofiel 5 kan contracteren</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>

zonder hier altijd maatwerk afspraken over te maken? Ziet u dit anders? Kunt u dat dan toelichten?	
Onderdeel van het convenant is de inrichting van een Dashboard Beveiligde Bedden. Hier is een actieve rol voor zorgaanbieders weggelegd. Kunt u toelichten wat die rol is en hoe die eruit gaat zien in de praktijk?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
<i>4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding bij GGZ-W</i>	
Vraag met betrekking tot bepaling 4.2. Is het ook toegestaan om sowieso het pakket exclusief dagbesteding te declareren en daarnaast het losse component dagbesteding op basis de losse dagbestedingsprestatie voor de feitelijk geleverde dagdelen?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Kunt u aangeven op welke specifieke wettelijke bepaling of beleidsregel de minimumnorm van 8 uur dagbesteding per week voor GGZ_W cliënten is gebaseerd? Hoe verhoudt deze norm zich tot artikel 6 van de NZa-beleidsregel BR/REG_24123b, waarin expliciet wordt gesteld dat zorgprofielen niet in uren zijn uitgedrukt? Erkent u dat de zorgprofielen gesteld door het CIZ, geen urennormen bevatten en dat de invulling van zorg plaatsvindt op basis van het individuele zorgplan?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
In Bijlage 4 wordt een urennorm van 8 uur per week als declaratievoorwaarde gesteld, terwijl deze norm niet is terug te vinden in de NZa-beleidsregels of de Regeling langdurige zorg. Tegelijkertijd wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij deze 8 uur omrekenen naar dagdelen, terwijl dagdelen geen uniforme lengte kennen en onze systemen zijn ingericht op dagdeelregistratie. Hoe voorkomt het zorgkantoor dat zorgaanbieders hierdoor achteraf worden geconfronteerd met terugvorderingen of afkeuring van jaarrekeningen, wanneer blijkt dat deze norm juridisch niet houdbaar of administratief niet uitvoerbaar is?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Hoe verhoudt de voorgestelde norm zich tot het 'Voorschrift Zorgtoewijzing januari 2024', waarin evenmin een urennorm voor GGZ-W dagbesteding is opgenomen?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken.

	U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Indien u van mening bent dat de norm wel voortvloeit uit dit voorschrift, kunt u dan de exacte passage(s) aanleveren waarop dit gebaseerd is?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Indien de norm per 1 januari 2026 wordt ingevoerd, hoe waarborgt u de rechtszekerheid voor cliënten en aanbieders, gegeven de afwezigheid van een wettelijke basis?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Bent u bereid de norm op te schorten of aan te passen indien blijkt dat deze juridisch niet afdwingbaar is?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Beseft het Zorgkantoor dat deze aanscherping van de leveringsvoorwaarden voor een grote administratieve lastenverzwaring bij de zorgaanbieder leidt? Hoe rechtvaardigt het Zorgkantoor dit met het door de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving in 2023 uitgebrachte advies om de administratieve lastendruk in vijf jaar te halveren?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Is het Zorgkantoor er zich van bewust dat voor een aantal cliënten de dagbesteding door deze maatregel zal kunnen vervallen? Om een aantal dagbestedingsactiviteiten kostendekkend te kunnen leveren zijn een minimale en zekere inkomsten nodig. Met het invoeren van deze maatregelen is dit niet meer te garanderen. Hierdoor zouden partijen kunnen besluiten om bepaalde dagbestedingsactiviteiten niet meer aan te bieden. Hoe kijkt het Zorgkantoor hiertegen aan?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.

<p>Hoe ziet het Zorgkantoor het administratieve proces voor zich als blijkt dat na drie maanden de cliënten niet structureel gemiddeld minstens 8 uur per week aan dagbesteding deelneemt? Welke prestatie met welke zorgzwaarte moet dan gekozen worden?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>U schrijft: "Dit kan worden aangevuld met een losse dagbestedingsprestatie voor de feitelijk geleverde dagdelen dagbesteding. De lengte van een dagdeel kan verschillen per dagbesteding. Indien nodig voor de declaraties wordt van zorgaanbieders gevraagd de 8 uur om te rekenen naar de ingezette dagdelen." Begrijpen we het goed dat u aan de zorgaanbieders hiermee vraagt om de data waarop de zorg daadwerkelijk is geleverd af te laten wijken van de data waarop de zorg wordt gedeclareerd? Zo ja, hoe ziet u dit in het licht van rechtmatig declareren? Zo nee, hoe zouden we dit dan wel moeten duiden?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>U schrijft: " De lengte van een dagdeel kan verschillen per dagbesteding. Indien nodig voor de declaraties wordt van zorgaanbieders gevraagd de 8 uur om te rekenen naar de ingezette dagdelen." Beseft het Zorgkantoor dat deze wijze van declareren afwijkt van wat gebruikelijk is? Dat dit niet wordt ondersteund door onze systemen en dat daar (indien mogelijk) aanpassingen voor zouden moeten worden gedaan, of anders de declaraties handmatig zou moeten worden gecorrigeerd?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>"Er wordt gesteld dat dagbesteding alleen declarabel is bij minimaal 8 uur per week, en dat indien hier niet aan wordt voldaan, moet worden overgegaan op losse dagdeclaraties. Binnen onze organisatie wordt een aanzienlijk deel van de dagbesteding uitbesteed aan externe partijen. Met deze partijen zijn afspraken gemaakt over registratie en facturatie op basis van dagdelen, conform de gangbare praktijk en afgestemd op onze administratieve systemen. De nieuwe leveringsvoorwaarden staan haaks op deze werkwijze en brengen aanzienlijke uitvoeringsproblemen met zich mee.</p> <p>Is het zorgkantoor zich ervan bewust dat deze nieuwe normering voor organisaties die werken met uitbesteding op dagdeelbasis een groot knelpunt vormt? En hoe wordt hiermee omgegaan in de beoordeling van rechtmatigheid en declarabiliteit?"</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Wij zijn verbaasd om deze leveringsvoorwaarde te zien in het inkoopdocument. Dit is een behoorlijke wijziging in het beleid. Waarom hebben de zorgkantoren deze wijziging niet eerder besproken met ons als zorgaanbieder?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026.</p>

	Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
In de toelichting staat beschreven dat dit beleid tot stand is gekomen in samenspraak met aanbieders. Hoeveel en welke instellingen hebben bij de zorgkantoren erop aangedrongen om deze systematiek in te voeren? Waarom is dit niet via de brancheorganisatie gecommuniceerd?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Deze ingrijpende wijziging staat alleen beschreven in de aanvullende inkoopvoorwaarden. Waarom staat de wijziging niet beschreven of zelfs maar benoemd in het zorginkoopdocument?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Gelden de leveringsvoorwaarden ook voor de B-zzp's of alleen voor de W-zzp's?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Wij mogen functies uitruilen binnen de WLZ. Wat als wij in lijn met de behoeften van de cliënt, in plaats van dagbesteding, veel meer PV, VP of HV leveren? De financiering hiervoor wordt gehaald uit het dagbestedingsbudget. Hoe gaat het zorgkantoor hier mee om?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Wat is de verwachte financiële impact van deze 8 urennorm specifiek met het oog op cliënten die deze norm niet halen? Worden er compensatiemechanismen overwogen voor de toegenomen administratieve last die deze wijziging met zich meebrengt? Hoe kunnen we tegelijkertijd waarborgen dat de cliëntcontinuïteit niet in gevaar komt voor deze cliënten om te voorkomen dat zij uitvallen of zwaardere en duurdere zorg nodig hebben?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Hoe wordt omgegaan met cliënten met complexe co-morbiditeit of in acute crisis voor wie 8 uur dagbesteding per week aantoonbaar niet haalbaar of medisch onwenselijk is? Worden er uitzonderingsmogelijkheden of	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026.

<p>hardheidsclausules overwogen om te voorkomen dat deze kwetsbare groep buiten de boot valt en wij hen niet langer passende zorg kunnen bieden?</p>	<p>Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Gezien het cruciale belang van motivering en toeleiding om cliënten te activeren voor dagbesteding maar het ontbreken van vergoeding na 6 maanden als de 8 uren norm niet wordt gehaald. Hoe worden deze essentiële investeringen van onze kant gewaardeerd? Wordt het als een risico gezien dat zorgaanbieders deze inzet zullen verminderen, met negatieve gevolgen voor de activering van cliënten?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>We willen voorkomen dat de administratieve lasten disproportioneel toenemen en ten koste gaan van de directe cliëntenzorg. Hoe verhoudt zich dit tot de leveringsvoorwaarden?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>De aangepaste leveringsvoorwaarden voor dagbesteding zijn niet van toepassing in de sector Verpleging en verzorging. Dat betekent dat de nieuwe leveringsvoorwaarden niet gelden voor de prestatiecodes V210G t/m V251G en Z210(G) t/m Z273(G)?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>U geeft aan dat deze leveringsvoorwaarden een looptijd hebben tot en met 31-12-2026. Deze systematiek voor 1 jaar invoeren is behoorlijk kostenintensief. Waarom is er gekozen voor deze korte termijn van 1 jaar? Het was passender geweest om dit mee te nemen in het inkoopbeleid van 2027 om aanbieders voldoende tijd te geven voor de implementatie. Waarom is er gekozen om dit per 01-01-2026 in te laten gaan?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Kunt u aangeven of er ten behoeve van de monitoring op de nieuwe leveringsvoorwaarden voor dagbesteding specifieke eisen of formats gelden?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Waarom kiest u ervoor om de leveringsvoorwaarden specifiek bij GGZ-Wonen af te spreken en niet voor de GGZ-Behandeling indicaties. Kunt u dit toelichten?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026.</p>

	Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Is het ook mogelijk om uit te gaan van een minimaal aantal uren per maand in plaats van per week zoals nu wordt voorgesteld? Dat geldt ook voor de periode van 4 weken die genoemd wordt bij het vaststellen van “minder dan 8 uur per week”. Dit zou namelijk beter aansluiten bij de maandcyclus van de facturatie en brengt minder administratieve lasten met zich mee. Kunt u toelichten wat uw overwegingen waren om het per week en per 4 weken af te spreken en bent u bereid ons voorstel over te nemen? Of kunt u gemotiveerd aangeven waarom u juist voor deze vorm heeft gekozen	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Kunt u exact aangeven welke losse dagbestedingsprestaties voor de feitelijk geleverde dagdelen dagbesteding gecombineerd mogen worden met welke ZZP's exclusief dagbesteding?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
U stelt voor in de leveringsvoorwaarden dat sommige cliënten een langere periode nodig hebben van motiveren en toeleiden om deel te nemen aan dagbesteding. Dagbesteding is in dit geval niet declarabel als interventies zoals motivering en toeleiding na 6 maanden niet leiden tot een structurele deelname van minimaal 8 uur per week aan dagbesteding. Betekent dit dat de gedeclareerde 6 maanden als de interventie niet heeft geleid tot structurele deelname terugbetaald moet worden?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Kunt u aangeven op welke specifieke wettelijke bepaling of beleidsregel de minimumnorm van 8 uur dagbesteding per week voor GGZ-W cliënten is gebaseerd?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Erkent u dat de zorgprofielen GGZ-W 1 t/m 5, zoals vastgesteld door het CIZ, geen urennormen bevatten en dat de invulling van zorg plaatsvindt op basis van het individuele zorgplan?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.

<p>Hoe verhoudt de voorgestelde urennorm zich tot het uitgangspunt dat de behandelend zorgverlener (in samenspraak met de cliënt) bepaalt welke zorg passend is?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Begrijpen we goed dat voor iedere cliënt met dagbesteding bij GGZ-W die per 1 januari in zorg is en voor iedere cliënt die vanaf die datum zorg krijgt, de eerste drie maanden dagbesteding altijd zonder verdere voorwaarden gedeclareerd kunnen worden? Zo nee, kunt u toelichten onder welke voorwaarden wel gedeclareerd moet worden?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>U schrijft: "Dit kan worden aangevuld met een losse dagbestedingsprestatie voor de feitelijk geleverde dagdelen dagbesteding. De lengte van een dagdeel kan verschillen per dagbesteding. Indien nodig voor de declaraties wordt van zorgaanbieders gevraagd de 8 uur om te rekenen naar de ingezette dagdelen." Begrijpen we het goed dat u aan de zorgaanbieders hiermee vraagt om de data waarop de zorg daadwerkelijk is geleverd af te laten wijken van de data waarop de zorg wordt gedeclareerd? Zo ja, hoe ziet u dit in het licht van rechtmatig declareren? Zo nee, hoe zouden we dit dan wel moeten duiden?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>U schrijft: " De lengte van een dagdeel kan verschillen per dagbesteding. Indien nodig voor de declaraties wordt van zorgaanbieders gevraagd de 8 uur om te rekenen naar de ingezette dagdelen." Beseft het Zorgkantoor dat deze wijze van declareren afwijkt van wat gebruikelijk is? Dat dit niet wordt ondersteund door onze systemen en dat daar (indien mogelijk) aanpassingen voor zouden moeten worden gedaan, of anders de declaraties handmatig zou moeten worden gecorrigeerd?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>U schrijft: "Heeft u als zorgaanbieder andere afspraken met betrekking tot dagbesteding, dan hierboven vermeld, dan gelden de reeds gemaakte afspraken.". Sinds de start van GGZ zorg binnen de WLZ hebben wij dagbesteding gedeclareerd binnen de beschikking GGZ_W met dagbesteding. In de declaraties of verantwoording hebben wij geen rekening behoeven te houden met een minimaal aantal uur dagbesteding. Hiermee hebben wij naar onze mening een gewoonte recht opgebouwd. Bent u het met ons eens dat wij een beroep kunnen doen op dit gewoonte recht en dit impliciet een afspraak is met het Zorgkantoor? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>

<p>U stelt in Bijlage 4 paragraaf 4.2 dat sommige cliënten een langere periode nodig hebben van motiveren en toeleiden. Wat verstaat u onder 'motiveren en toeleiden'? Dit is namelijk geen gangbare term binnen de dagbesteding.</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>U stelt in Bijlage 4 paragraaf 4.2 dat dagbesteding niet declarabel is als de interventies zoals motivering en toeleiding na 6 maanden niet leiden tot een structurele deelname van minimaal 8 uur per week aan dagbesteding. Wat verstaat u hier onder dagbesteding?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>U stelt in Bijlage 4 paragraaf 4.2 dat dagbesteding niet declarabel is als de interventies zoals motivering en toeleiding na 6 maanden niet leiden tot een structurele deelname van minimaal 8 uur per week aan dagbesteding. In het huidige beleidsvoorschrift van de NZa (Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025 _ BR/REG_25131, artikel 6 par. 4f.) wordt beschreven wat het NZa verstaat onder dagbesteding. Hierin wordt onder andere dat dagbesteding kan bestaan uit arbeidsmatige dagbesteding en 'activering'. Waarbij 'activering' omschreven wordt als: 'activiteiten gericht op het zinvol besteden van de dag, aangepast aan mogelijkheden en interesses van de cliënt, waar onder handvaardigheid, expressie, beweging, belevingsactiviteiten'. Onderschrijft u deze beleidsregel? Oftewel, ziet u 'activering' zoals omschreven door het NZa ook als declarabele dagbesteding?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>U stelt in Bijlage 4 paragraaf 4.2 dat dagbesteding niet declarabel is als de interventies zoals motivering en toeleiding na 6 maanden niet leiden tot een structurele deelname van minimaal 8 uur per week aan dagbesteding. Voor ons is niet duidelijk of activerende dagbesteding voor u nu wel of niet gezien kan worden als dagbesteding. Hiervoor hebben wij daar ook een vraag over gesteld. In het hypothetische geval dat u activerende dagbesteding niet ziet als declarabele dagbesteding. Hoe verhoudt zich dat tot uw beleid om extra aandacht te vragen voor prikkelarm wonen en besloten wonen?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>

<p>U stelt in Bijlage 4 paragraaf 4.2 dat dagbesteding niet declarabel is als de interventies zoals motivering en toeleiding na 6 maanden niet leiden tot een structurele deelname van minimaal 8 uur per week aan dagbesteding. Voor ons is niet duidelijk of activerende dagbesteding voor u nu wel of niet gezien kan worden als dagbesteding. Hiervoor hebben wij daar ook een vraag over gesteld. In het hypothetische geval dat u activerende dagbesteding niet ziet als declarabele dagbesteding. Juist binnen deze groep zitten cliënten die niet binnen 6 maanden zijn toe te leiden naar arbeidsmatige dagbesteding. En ook na 6 maanden lukt dat niet bij alle cliënten. We hebben het hier over de meest kwetsbare cliënten. Cliënten waarbij activering, vanuit de eigen woning of eigen kamer soms het hoogst haalbare is. Wij investeren graag in deze clientgroep, zoals we dat ook gedaan hebben op onze locatie De Thuiskomst. Maar zodra hier financiering wegvalt in het kader van activerende dagbesteding, dan zal het investeren in deze woonvorm hiermee minder aantrekkelijk worden. Kunt u toelichten hoe u hier tegenaan kijkt? En als het onverhoopt toch mocht zijn dat u de activerende dagbesteding uit de financiering wilt krijg, hoe past dat binnen uw beleid om extra aandacht te vragen voor besloten en prikkelarm wonen?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>In dat kader hebben wij nog een vraag. Uit onderzoek blijkt (onder onderzoek dat gefinancierd is met de Regiomiddelen) dat aandacht voor dagbesteding en activering bij deze kwetsbare groep op de lange termijn leidt tot een beter leven op tal van leefgebieden. Activering en dagbesteding op de eigen woning kunnen dus een cruciale rol spelen in het leven van deze hele kwetsbare (W5) mensen. Waarom stelt u dan toch voor om deze mogelijkheid niet meer te financieren en/of in te perken?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>U stelt in Bijlage 4 paragraaf 4.2 dat dagbesteding niet declarabel is als de interventies zoals motivering en toeleiding na 6 maanden niet leiden tot een structurele deelname van minimaal 8 uur per week aan dagbesteding. Voor ons is niet duidelijk of activerende dagbesteding voor u nu wel of niet gezien kan worden als dagbesteding. Hiervoor hebben wij daar ook een vraag over gesteld. In het hypothetische geval dat u activerende dagbesteding niet ziet als declarabele dagbesteding. Binnen de Wlz VG/GZ sector zie je deze vorm van activerende dagbesteding regelmatig. En vooral binnen de groep met hoge indicaties (VG5, VG7 en VG8). Bent u van mening dat de meest kwetsbare groep binnen de Wlz GGZ (W3 hoog complex, W4 en W5). Deze problemen niet ervaart? Dat deze</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>

<p>uiteindelijk allemaal naar een reguliere dagbesteding kunnen? Waarom stelt u een wijziging voor die afwijkt van de sector VG/GZ binnen de Wlz?</p>	
<p>U stelt in Bijlage 4 paragraaf 4.2 dat dagbesteding niet declarabel is als de interventies zoals motivering en toeleiding na 6 maanden niet leiden tot een structurele deelname van minimaal 8 uur per week aan dagbesteding. Hiermee lijkt u af te wijken van de beleidsregels voor onder andere de verstandelijk gehandicaptensector binnen de Wlz. Immers, een Wlz VG/GZ cliënt die in hetzelfde gebouw woont als een Wlz GGZ cliënt heeft hiermee wel recht op activerende dagbesteding, waar een Wlz GGZ cliënt dit onder dezelfde omstandigheden niet heeft. Klopt dat? En zo ja, leidt dit niet tot rechtsongelijkheid? Is dit in geest met de voorschriften vanuit de NZa?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortvloeiende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>U stelt in Bijlage 4 paragraaf 4.2 dat dagbesteding niet declarabel is als er gedurende meer dan 4 weken achter elkaar minder dan 8 uur per week dagbesteding wordt geleverd. Kunt u bevestigen dat het hier niet gaat om aangesloten uren, maar dat dit dus een optelsom kan zijn van 8 uur verspreid over de week (maandag t/m zondag).</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortvloeiende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>U stelt in Bijlage 4 paragraaf 4.2 dat dagbesteding niet declarabel is als er gedurende meer dan 4 weken achter elkaar minder dan 8 uur per week dagbesteding wordt geleverd. Hoe wilt u dit verantwoord zien? Op dit moment registreren wij alle cliënten die externe dagbesteding hebben. Zodra cliënten thuisblijven, én dagbesteding op de locatie krijgen, dan registreren wij dit niet apart. Wel leggen we wekelijks in een rapportage vast wat er die week gedaan is en voor hoeveel uur. Volstaat dit voor u?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortvloeiende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>U stelt in Bijlage 4 paragraaf 4.2 dat dagbesteding niet declarabel is als de interventies zoals motivering en toeleiding na 6 maanden niet leiden tot een structurele deelname van minimaal 8 uur per week aan dagbesteding. De impact van uw regelwijziging kan significant zijn. Ook wat betreft het stellen van vragen en het doorgronden van gevolgen voor de bedrijfsvoering is naar onze mening meer tijd voor nodig. En hoewel nog veel onduidelijk is wat u hier precies bedoelt, of juist omdat veel onduidelijk is over wat u hier precies bedoelt, waarom kiest u ervoor om deze wijziging in het lopende contract 2024_2026 door te voeren? Waarom wacht u niet tot na deze periode?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortvloeiende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>

<p>Betreft bullet 'motivering en toeleiding': staat hier dat bij motivering en toeleiding dagbesteding gedeclareerd kan worden voor 6 maanden, of staat hier dat als de structurele deelname na die 6 maanden niet lukt, deze 6 maanden terugbetaald moeten worden?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>Op welke beleidsregel baseert u dat er geen leveringsvoorwaarden zijn voor dagbesteding bij integrale declaratie?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>De nieuwe leveringsvoorwaarden tav declaratie dagbesteding lijken een aanzienlijke verhoging van administratieve lasten met zich mee te brengen om de voorwaarden juist te kunnen monitoren. Zijn deze lasten in kaart gebracht en meegenomen in de besluitvorming?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>Is het de bedoeling dat zorgaanbieders zowel uren als dagdelen gaan registreren? Aangezien niet op voorhand bekend is of een cliënt een ZZP incl dagbesteding of losse dagbesteding krijgt. Anders gezegd: hoe ziet het zorgkantoor de wijze van het omrekenen van uren naar dagdelen?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>Wanneer toeleiding en motivatie dagbesteding onderdeel zijn van het begeleidingsplan is er nog geen zicht op in hoeverre dit leidt tot structurele deelname aan dagbesteding waardoor de declarabiliteit op dat moment niet in te schatten is. Moeten declaraties dan met terugwerkende kracht gecorrigeerd worden? Of hoe wordt er verwacht dat aanbieders hiermee omgaan?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>GGZ-cliënten hebben vaak een wisselende belastbaarheid en mogelijkheden tot deelname aan dagbesteding. In hoeverre wordt bij het hanteren van de grens van 8 uur per week structureel rekening gehouden met periodes van terugval, crisis of heropbouw die inherent zijn aan het ziektebeeld van deze doelgroep?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>

<p>In het kader van administratieve lastenverlichting: kan een zorgaanbieder er ook voor kiezen om standaard de losse dagbestedingsprestatie te declareren? En geen gebruik te maken van dagbesteding als onderdeel zzp.</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>Kunt u aangeven waarom er een termijn van drie maanden wordt gehanteerd bij het bepalen of er sprake is van structurele dagbesteding?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>U geeft een set aan nieuwe spelregels aan voor het kunnen declareren van dagbesteding. 1. Kunt u aangeven waarom u in een lopend beleidskader nieuwe spelregels publiceert en 2. deze niet opneemt in het algemene inkoopkader?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>U geeft aan dat deze spelregels tot stand zijn gekomen op vraag van, in samenwerking met en getoetst door een aantal zorgaanbieders. Zorgaanbieder was onbekend met dit initiatief. Ook is dit niet besproken in een inkoopoverleg met de zorginkopers van de zorgkantoren en is dit voornemen niet landelijk met de brancheorganisatie besproken. 1. Kunt u aangeven welke (groep van) zorgaanbieders betrokken zijn bij de ontwikkeling van deze afspraken? 2. Kunt u aangeven waarom deze spelregels niet van toepassing zijn op profielen die in de GHZ of V&amp;V worden verzilverd? 3. Zorgaanbieder is niet op de hoogte gesteld van de komst van deze nieuwe set aan spelregels en heeft de uitkomsten van (blijkbaar) landelijk overleg niet kunnen toetsen. We vragen u dan ook met klem deze regels voor 2026 te schrappen en eerst het overleg met ZN en dNggz te realiseren over dit voornemen. Bent u hiertoe bereid?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>U geeft aan dat deze spelregels niet van toepassing zijn op profielen die in de GHZ of V&amp;V worden verzilverd. Dat vinden we onterecht en een niet passend ten opzichte van cliënten en aanbieders. 1. cliënten met een GGZ-W profiel hebben, ongeacht waar ze verblijven, gelijke rechten op</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken.</p>

<p>de vorm en omvang van dagbesteding die bij hen past. We vragen u dan ook met klem de spelregels gelijk te maken voor alle cliënten met een GGZ-W indicatie. Bent u daartoe bereid?</p> <p>2. Zorgaanbieders in de GGZ-sector worden belast met een omvangrijke set aan nieuwe administratieve handelingen terwijl we de reeldruk in de Wlz willen terugdringen. Bovendien wordt hier een ongelijkheid ten opzichte van GHZ en VV-aanbieders gerealiseerd. We vragen u dan ook deze nieuwe spelregels te schrappen. Bent u daartoe bereid?</p>	<p>U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Wij zijn verrast door de introductie van de nieuwe leveringsvoorwaarden voor dagbesteding binnen de GGZ_W, zoals opgenomen in Bijlage 4 van de aanvullende inkoopvoorwaarden. Voorafgaand aan de publicatie van deze bijlage is hierover geen signaal afgegeven richting het veld, noch is in het inkoopbeleid zelf verwezen naar deze bijlage of de inhoudelijke wijziging. Gezien de impact van deze wijziging op de uitvoeringspraktijk en de financiële en personele planning van zorgaanbieders, vragen wij ons af hoe deze wijziging zich verhoudt tot het lopende inkoopkader. Vraag: Kan ZN toelichten waarom deze wijziging niet eerder is gecommuniceerd en op welke wijze zorgaanbieders geacht worden zich tijdig en adequaat voor te bereiden op een wijziging van deze omvang?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>In de toelichting bij de nieuwe leveringsvoorwaarden voor dagbesteding binnen de GGZ_W wordt vermeld dat zorgaanbieders hebben aangegeven knelpunten te ervaren bij de verantwoording van dagbesteding in relatie tot de jaarrekening en accountantsverklaring, en dat er met zorgaanbieders is meegedacht over de invulling van de nieuwe voorwaarden. Vraag 1: Kan ZN toelichten waarom niet alle gecontracteerde zorgaanbieders vooraf zijn geïnformeerd of betrokken bij het voornemen tot deze wijziging, gezien de impact ervan op de uitvoeringspraktijk en de contractuele afspraken? Vraag 2: Op welke wijze is geborgd dat de belangen van het gehele veld zijn meegenomen in deze besluitvorming?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Is ZN zich ervan bewust dat het tarief voor dagbesteding gebaseerd is op een dagdeel van 4 uur en dat de personeelsinzet daarop gebaseerd is en dat dit uitgangspunt ook is meegenomen in de uitvraag voor het kostprijsonderzoek bij zorgaanbieders? Indien, zoals in de aanvullende inkoopvoorwaarden is opgenomen, een dagdeel pas gedeclareerd mag worden wanneer een cliënt daadwerkelijk 4 uur per week dagbesteding ontvangt, betekent dit dat bij een cliënt die vier keer één uur per</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>

<p>week deelneemt, slechts één dagdeel gedeclareerd mag worden. Dit heeft directe gevolgen voor de personele inzet en roostering, aangezien aanbieders hun bezetting niet kunnen afstemmen op dergelijke versnipperde deelname. Vraag 1: Acht ZN dit praktisch uitvoerbaar en hoe verhoudt deze norm zich tot de realiteit van de zorgpraktijk? Vraag 2: Daarnaast is ZN zich bewust dat er voor dagbesteding een 2e methodiek, die praktisch en administratief complex is, geïntroduceerd wordt naast de dagdelen?</p>	
<p>In de aanvullende inkoopvoorwaarden wordt aangegeven dat dagbesteding bij Wlz-zorg met verblijf (ZZP) of een volledig pakket thuis (VPT) alleen declarabel is bij minimaal 8 klokuren per week. Als gedurende meer dan vier weken minder dan 8 uur per week wordt geleverd, zou de prestatie niet meer declarabel zijn. Wij wijzen erop dat de NZa in de beleidsregel BR/REG_25131a dagbesteding beschrijft als een aparte prestatie bij ieder GGZ-zorgprofiel, zonder kwantitatieve ondergrens. Ook dagbesteding van minder dan 8 uur per week voldoet volgens die prestatiebeschrijving aan de voorwaarden om te mogen worden gedeclareerd, mits de inhoud en doelgroep kloppen. Vraag 1: Hoe verhoudt de genoemde 8_uursgrens zich tot de NZa-prestatiebeschrijving, en op basis waarvan wordt deze kwantitatieve ondergrens als declaratievoorwaarde gehanteerd? Vraag 2: Kan worden bevestigd dat zorg die wél aan de NZa-prestatie voldoet, maar onder de 8 uur blijft, niettemin gedeclareerd mag worden? Vraag 3: Kan Zn toelichten op basis van welke beleidsregel er een onderscheid gemaakt kan worden tussen een prestatie inclusief/exclusief dagbesteding en een losse prestatie dagbesteding?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>In de aanvullende inkoopvoorwaarden wordt aangegeven dat bij minder dan 8 klokuren dagbesteding per week gedurende meer dan vier aaneengesloten weken, dagbesteding binnen de integrale ZZP of VPT-prestatie niet meer declarabel is. Vervolgens wordt aangegeven dat dagbesteding alsnog gedeclareerd kan worden via een losse dagbestedingsprestatie voor de feitelijk geleverde dagdelen. Vraag 1: Kunt u bevestigen dat er bij deze losse prestaties géén ondergrens geldt van 8 uur per week, en dat deze prestaties declarabel zijn zodra wordt voldaan aan de NZa-prestatiebeschrijving voor dagbesteding, ook bij lagere wekelijkse omvang? Vraag 2: Kunt u toelichten of – en zo ja, onder welke voorwaarden – het mogelijk is om dagbesteding die in de afgelopen vier weken feitelijk is geleverd (maar gemiddeld onder de 8 uur/week uitkwam) alsnog met terugwerkende kracht te</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>

<p>declareren via de losse dagbestedingsprestatie?</p>	
<p>In paragraaf 4.2 van de aanvullende inkoopvoorwaarden wordt aangegeven dat de nieuwe leveringsvoorwaarden voor dagbesteding per 1 januari 2026 uitsluitend gelden voor GGZ-profielen die binnen de GGZ-sector worden verzilverd. GGZ-profielen die binnen de sector Verpleging &amp; Verzorging (V&amp;V) of Gehandicaptenzorg (GZ) worden geleverd, vallen volgens de tekst buiten de reikwijdte van deze voorwaarden. Vraag 1: Kan ZN een toelichting geven waarom deze aanvullende inkoopvoorwaarden niet van toepassing zijn voor een profiel dat verzilverd wordt in de V&amp;V of GZ?  Vraag 2: Daarnaast kan ZN een toelichting geven waarom deze leveringsvoorwaarden allen gelden voor de GGZ en niet gelden voor iemand met een V&amp;V of GZ-profiel?  Vraag 3: Kan ZN bevestigen dat deze leveringsvoorwaarden uitsluitend van toepassing zijn op Wlz-W en géén betrekking hebben op cliënten met een GGZ-profiel die zorg ontvangen binnen de Wlz-B? Indien dit wel het geval zou zijn, vragen wij om een nadere toelichting op de reikwijdte en implementatie van deze voorwaarden.</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>In de aanvullende inkoopvoorwaarden wordt aangegeven dat dagbesteding binnen de ZZP_ of VPT-prestatie niet meer inclusief is indien gedurende meer dan vier aaneengesloten weken minder dan 8 klokuren per week dagbesteding wordt geleverd. Daarnaast wordt gesteld dat dagbesteding niet declarabel is indien interventies zoals motivering en toeleiding na 6 maanden niet leiden tot een structurele deelname van minimaal 8 uur per week. Vraag 1: Het is voor ons onduidelijk hoe deze voorwaarden zich tot elkaar verhouden. Kan ZN toelichten hoe deze leveringsvoorwaarden zich tot elkaar verhouden in de praktijk? Vraag 2: Bijvoorbeeld: als een cliënt gedurende 2 maanden minder dan 8 uur per week deelneemt aan dagbesteding, maar er nog sprake is van actieve motivering en toeleiding, is de dagbesteding in dat geval dan nog declarabel als onderdeel van de ZZP of VPT-prestatie? Vraag 3: Daarnaast vernemen wij graag wat de verwachting van ZN is na afloop van de periode van 6 maanden motivering en toeleiding. Dient de dagbesteding dan met ingang van dat moment op 'exclusief dagbesteding' te worden gezet, of moet dit met terugwerkende kracht worden aangepast? Vraag 4: Indien het laatste het geval is, hoe</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>

<p>wordt dit administratief en financieel verwerkt? Tot slot vragen wij of ZN kan toelichten hoe vaak een periode van motivering en toeleiding mag worden toegepast. Stel dat een cliënt gedurende een half jaar structureel meer dan 8 uur per week deelneemt aan dagbesteding, maar vervolgens decompenseert en opnieuw minder dan 8 uur per week deelneemt: Vraag 5: kan in dat geval opnieuw een periode van motivering en toeleiding worden gestart? Vraag 6: Indien dit niet mogelijk is, is ZN zich dan bewust van de aard van de doelgroep en de impact die deze beperking heeft? Juist in een periode van decompensatie is intensieve inzet op motivering en toeleiding essentieel om terugval te beperken en herstel te bevorderen. I.v.m de praktische uitvoerbaarheid zou het goed zijn om dit met het veld te bespreken. Wij zien hier wel problemen in voor wat betreft de vastlegging en verantwoording gezien de complexe problematiek bij de doelgroep.</p>	
<p>In de aanvullende inkoopvoorwaarden wordt per 1 januari 2026 een ondergrens van 8 klokuren per week dagbesteding ingevoerd, waaronder dagbesteding binnen het ZZP of VPT niet langer declarabel is. De zorgaanbieder moet dan overstappen op een variant zonder dagbesteding en eventueel aanvullend losse prestaties declareren. Deze nieuwe werkwijze leidt tot een aanzienlijke administratieve lastenverzwaring, o.a. door: – het structureel registreren van individuele aanwezigheid en uren op weekbasis; – het periodiek evalueren en omzetten van de declaratievorm (pakket met of zonder dagbesteding); – de noodzaak tot extra verantwoording bij controles en accountantsverklaringen; – het risico op foutieve declaratie, terugvorderingen en discussies met het zorgkantoor. Dit lijkt niet in lijn met het uitgangspunt van administratieve lastenverlichting, zoals verwoord in: – het Inkoopbeleid Langdurige Zorg 2026 van VGZ (paragraaf 3.5 CSRD); – artikel 11 van de modelovereenkomst ZN_Zorgaanbieder 2026 (informatieverstrekking); – de ZN_visie op duurzame toegang tot langdurige zorg. Vraag: Kunt u toelichten hoe deze nieuwe werkwijze zich verhoudt tot het afgesproken streven naar vermindering van administratieve lasten, en op welke manier u dit risico voor zorgaanbieders beperkt of compenseert?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>Gaat zorgkantoor deze leveringsvoorwaarden checken, of dient dit door de accountant te gebeuren.</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen</p>

	over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Paragraaf 4.2: Hoe wordt bepaald of client in de motivatie_ toeleiding valt?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
In de aanvullende inkoopvoorwaarden op pagina 16 staat het volgende vermeld: 'Zorgkantoren hebben de afgelopen periode in samenwerking met zorgaanbieders op verschillende wijzen nagedacht over en geëxperimenteerd met leveringsvoorwaarden bij dagbesteding bij ZZP en VPT. '. Onze organisatie wordt verrast door deze aanvullende inkoopvoorwaarden tbv dagbesteding. We hadden graag aan de voorkant willen meedenken of in ieder geval te worden geïnformeerd over aanstaande wijziging. Is hier landelijk eerder communicatie over geweest?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Paragraaf 4.2: De aanvullende leveringsvoorwaarden tbv dagbesteding zullen ook gemonitord moeten worden. Het is onduidelijk of binnen onze huidige systemen signaleringen of checks kunnen worden ingebouwd. Gezien het streven naar de administratieve lastenverlichting, zijn de aanvullende inkoopvoorwaarden niet wenselijk of zelfs niet uitvoerbaar en al helemaal niet als deze controles allemaal handmatig zullen moeten worden gedaan. Heeft het zorgkantoor stil gestaan wat de impact is op de administratieve verzwaring van deze nieuwe inkoopvoorwaarden en dat het mogelijk niet eens uitvoerbaar is voor zorgaanbieders?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
Kunt u aangeven waarom er een termijn van zes maanden wordt gehanteerd om te bepalen of een cliënt motiveerbaar is?	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.
U geeft aan dat voor cliënten die niet voldoen aan de leveringsvoorwaarden we losse dagdelen kunnen factureren waarbij we dagdelen van minder dan 4 uur omrekenen naar een percentage van de dagdeel prijs. 1. Realiseert u zich dat er veel cliënten in de Wlz zijn die geen hele dagdelen aanwezig	Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken.

<p>kunnen blijven of die gedurende een dagdeel kort de activiteit verlaten om daarna weer aan te sluiten?</p> <p>2. Kunt u aangeven hoe dit strookt met de ambitie, ook in uw inkoopdocument, om de administratiedruk in de Wlz aanzienlijk te verlagen. Dit betekent immers een op de persoon gerichte registratie die enorm veel inzet van onze collega's vraagt. We verzoeken u dan ook deze leveringsvoorwaarden te schrappen omdat deze in de praktijk niet uitvoerbaar zijn. Bent u daartoe bereid?</p>	<p>U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Paragraaf 4.2: Als een cliënt in de motivatie en toeleidingsperiode valt, vanaf welk moment kan de zorgaanbieder zekerheid hebben of de dagbesteding rechtmatige zorg betreft en er geen terugbetaal risico meer is?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Paragraaf 4.2: Als het gaat om de beoordeling met terugwerkende kracht, hoe wordt omgegaan met de jaarafsluiting? Er zullen cliënten zijn die starten met dagbesteding die mogelijk de jaargrens gaan overschrijden als het gaat om het beoordelen van het gemiddeld aantal uur per week en of het structurele dagbesteding betreft. Er is voor zowel zorgaanbieder, accountant als zorgkantoor geen duidelijkheid over een gedeelte gefactureerde dagbesteding van het afgelopen jaar.</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>In paragraaf 4.2 wordt de wijziging van de leveringsvoorwaarden dagbesteding beschreven. Komt er ook een tariefsaanpassing vanuit de NZa tarieven 2026 mbt de prestaties exclusief of inclusief dagbesteding?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Paragraaf 4.2: Er wordt beschreven dat zorgkantoren samen met zorgaanbieders gaan evalueren. Hoe zijn wij als zorgaanbieder verzekerd dat de evaluatie ook met onze zorgaanbieder gaat gebeuren, aangezien wij in het gehele voortraject niet betrokken zijn geweest?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>In paragraaf 4.2 wordt het uitgangspunt gehanteerd dat als niet wordt voldaan aan de leveringsvoorwaarden, een zorgaanbieder overgaat op het declareren van een ZZP of VPT-prestatie excl. dagbesteding. Wat is de</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026.</p>

<p>overweging om te blijven bij een aparte declaratie van dagbesteding? Is het op termijn mogelijk om te komen tot een integraal tarief waarbij het uitgangspunt is dat een zorgaanbieder er te allen tijde alles aan doet om samen met cliënten te zoeken naar passende dagbesteding?</p>	<p>Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>In paragraaf 4.2 wordt het uitgangspunt gehanteerd dat als niet wordt voldaan aan de leveringsvoorwaarden, een zorgaanbieder overgaat op het declareren van een ZZP of VPT-prestatie excl. dagbesteding. Wat is de overweging om te blijven bij een aparte declaratie van dagbesteding? Is het op termijn mogelijk om te komen tot een integraal tarief waarbij het uitgangspunt is dat een zorgaanbieder er te allen tijde alles aan doet om samen met cliënten te zoeken naar passende dagbesteding?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Onder het punt 'Geen structurele deelname' wordt gesproken van 3 maanden. Hoe dient deze periode gemeten te worden, wat is hierin het startpunt?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>
<p>Onder het punt 'Motivering en toeleiding' wordt beschreven dat sommige cliënten een langere periode van motiveren en toeleiden nodig hebben. Wij merken op dat dit niet een volledig beeld schetst van een bepaalde groep cliënten waar wij nu dagbesteding voor inzetten en waarvoor een 8-urennorm problematisch is. Niet alleen is de toeleidingsperiode voor deze groep cliënten langer, het verdere verloop van het proces is ook grilliger. Het resultaat dat voor deze groep cliënten behaald zal worden is kwantitatief gezien misschien ontoereikend (want minder dan 8 uur per week), maar de inspanning kan toch significant bijdragen aan de kwaliteit van leven van deze cliënt. Is het mogelijk om aan uw opsomming van uitgangspunten nog een vijfde punt toe te voegen waarin wordt geëxpliciteerd hoe voor deze groep cliënten met zeer complexe problematiek (een combinatie van een ernstige psychiatrische kwetsbaarheid, een verslaving en somatische problematiek) het inzetten en declareren van dagbesteding behouden kan blijven, bijvoorbeeld door voor deze groep geen (of een andere) urennorm te handhaven en bovenal naar de kwalitatieve verantwoording van de ingezette (toeleiding naar) activering en dagbesteding te kijken?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijkkluidende antwoord.</p>

<p>In vervolg op vraag 3: Wat is uw verwachting van de inzet die wij nog aan deze cliënten kunnen bieden wanneer deze groep buiten de door u opgestelde normen zal vallen, wetende dat er dan onvoldoende financiering zal zijn om onze inzet op dezelfde manier te blijven continueren? Wat is uw visie op de gevolgen die dit zal hebben voor de kwaliteit van zorg?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>Onder het punt 'Motivering en toeleiding' wordt beschreven dat deze fase 6 maanden mag worden ingezet. De praktijk leert dat cliënten vaak op en neer gaan in herstel en dat iemand tijdens een slechte periode dagbesteding kan verliezen. En daarna soms het hele proces van motivering weer opnieuw moet worden ingezet. Is het mogelijk om voor dezelfde cliënt de toeleidingsperiode meermaals in te zetten?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>Wat betreft de volgende passage: "Dit kan worden aangevuld met een losse dagbestedingsprestatie voor de feitelijk geleverde dagdelen dagbesteding. De lengte van een dagdeel kan verschillen per dagbesteding. Indien nodig voor de declaraties wordt van zorgaanbieders gevraagd de 8 uur om te rekenen naar de ingezette dagdelen": Hoe moeten we deze zinsneden interpreteren? En wat is de gewenste uitvoeringspraktijk hierbij?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>
<p>Onder het kopje 'Toelichting' wordt gesteld dat zorgaanbieders hebben gevraagd om duidelijkheid over het declareren van dagbesteding en dat de aanvullende leveringsvoorwaarden hierin helderheid verschaffen. Enkele zorgaanbieders hebben daarbij echter ook gevraagd om maatwerk voor met name de groep cliënten met zeer complexe problematiek die op dit moment wel profiteert van de inzet van (toeleiding naar) dagbesteding maar waarvoor een 8-urennorm problematisch is. In hoeverre bieden de aanvullende inkoopvoorwaarden naast de gevraagde duidelijkheid ook ruimte voor het gevraagde maatwerk? En, heeft u daarnaast bij de betreffende zorgaanbieders voldoende onderzocht of de aanvullende leveringsvoorwaarden een antwoord boden op de vragen uit de praktijk? Kunt u daar inzicht in geven?</p>	<p>Door de hoeveelheid vragen rondom het beleid GGZ-dagbesteding en de daaruit voortkomende uitvoeringsconsequenties hebben de Zorgkantoren besloten om dit onderdeel van het beleid te laten vervallen voor het Zorginkoopbeleid 2026. Zorgkantoren zijn voornemens om dit thema in de beleidsvorming richting 2027 verder uit te werken. U wordt daar nader over geïnformeerd. Alle vragen over dit onderwerp publiceren we om deze reden met dit gelijklopende antwoord.</p>

## Bijlage 5 Declaratieprotocol 2025

Vraag	Antwoord
<i>Reikwijdte van het document</i>	
<i>Artikel 1. Algemeen</i>	
<i>Artikel 2. Identificatie en verificatie</i>	
<i>Artikel 3. Declareren</i>	
<i>Artikel 4. Herdeclareren en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels</i>	
<i>Artikel 5. Retourinformatie</i>	
<i>Artikel 6. Bevoorschotting</i>	
<p>In het Declaratieprotocol (Bijlage 5 ZN), artikel 6 is de volgende passage toegevoegd: "Het zorgkantoor kan met zorgaanbieders afspreken dat deze de gedeclareerde zorg achteraf betaald krijgen. Van bevoorschotting, zoals bedoeld in lid 1, is dan geen sprake." Dat betekent in zo'n geval dat de zorgaanbieder moet voorfinancieren.</p> <p>Kunt u aangeven waarom u heeft besloten deze passage toe te voegen en welke criteria worden gehanteerd om te besluiten welke zorgaanbieders niet voor bevoorschotting in aanmerking komen?</p> <p>Kunnen we er vanuit gaan dat dit geen gevolgen heeft voor zorgaanbieders die al een meerjarige overeenkomst hebben, waarbij bevoorschotting niet aan de orde is?</p>	<p>Hoewel artikel 6 lid 2 is gemarkeerd als zijnde gewijzigd, is dat toch niet juist. Artikel 6 lid 2 is ongewijzigd gebleven en staat al jaren zo opgenomen in het Declaratieprotocol. Voor hoe in de praktijk wordt omgegaan met lid 2 van artikel 6 verwijzen wij u naar de afzonderlijke zorgkantoren en het beleid dat zij in dezen voeren. De laatste zin kunnen wij overigens niet goed plaatsen. Wij vermoeden dat de laatste ontkenning ('niet') daar ten onrechte staat.</p>
<p>In Artikel 6 staat onder 1:1. Het zorgkantoor houdt zich bij maandelijkse bevoorschotting zoals bedoeld in de Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 13</p>	<p>Lid 1 van artikel 6 is aangepast omdat daarin nog verwezen werd naar een oude circulaire van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de voorloper van het Zorginstituut Nederland, en via</p>

<p>januari 2025, kenmerk 2023045149, met het oog op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wet langdurige zorg door de zorgkantoren en het CAK (hier te raadplegen) aan de daarin opgenomen voorwaarden en bepalingen. Wat verandert er hierdoor precies aan de bevoorschotting in 2026 voor zorgaanbieders?</p>	<p>die circulaire naar nog oudere circularies. In lid 1 wordt nu verwezen naar de vigerende regelgeving inzake de maandelijkse bevoorschotting. In de toelichting op de betreffende beleidsregel wordt aangegeven dat die oude circularies als vervallen kunnen worden beschouwd. We merken hierbij op dat deze regelgeving, zoals vermeld, uitgaat van maandelijkse bevoorschotting. In de praktijk hanteren zorgkantoren, daar waar bevoorschot wordt, doorgaans een andersoortige systematiek. De verwachting is dan ook dat er in de praktijk niets of weinig zal veranderen aan de wijze van bevoorschotten zoals die tot nu toe wordt gehanteerd. Wij verwijzen u naar de afzonderlijke zorgkantoren en het beleid dat zij in dezen voeren.</p>
<p>Artikel 6.2: Neemt het zorgkantoor hiermee een eerste stap naar het volledig afschaffen van de bevoorschotting? Zo ja, wanneer verwacht u dat de bevoorschotting eindigt?</p>	<p>Hoewel artikel 6 lid 2 is gemarkeerd als zijnde gewijzigd, is dat toch niet juist. Artikel 6 lid 2 is ongewijzigd gebleven en staat al jaren zo opgenomen in het Declaratieprotocol. Aangezien er op dit punt dus niets veranderd is, is er ook geen aanleiding om te veronderstellen dat er sprake zou zijn van een eerste stap naar het volledig afschaffen van de bevoorschotting.</p>
<p>In het Declaratieprotocol is de volgende passage toegevoegd: "Het zorgkantoor kan met zorgaanbieders afspreken dat deze de gedeclareerde zorg achteraf betaald krijgen. Van bevoorschotting, zoals bedoeld in lid 1, is dan geen sprake." Dat betekent in zo'n geval dat de zorgaanbieder moet voorfinancieren. Kunt u aangeven waarom u heeft besloten deze passage toe te voegen en welke criteria worden gehanteerd om te besluiten welke zorgaanbieders niet voor bevoorschotting in aanmerking komen?</p>	<p>Hoewel artikel 6 lid 2 is gemarkeerd als zijnde gewijzigd, is dat toch niet juist. Artikel 6 lid 2 is ongewijzigd gebleven en staat al jaren zo opgenomen in het Declaratieprotocol. Voor hoe in de praktijk wordt omgegaan met lid 2 van artikel 6 verwijzen wij u naar de afzonderlijke zorgkantoren en het beleid dat zij in dezen voeren.</p>
<p><i>Artikel 7. Controles door het zorgkantoor</i></p>	
<p><i>Artikel 8. Beheer en onderhoud gegevens in AGB register</i></p>	

## Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz

Vraag	Antwoord
<i>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</i>	
<p>Mogen wij er vanuit gaan dat er na de publicatie van de gewijzigde bijlage 7 op 5 september 2025 nog vragen en bezwaren mogen worden ingediend die beantwoord zullen worden via een procedure Nota van Inlichtingen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Na publicatie van de gewijzigde bijlage 7 op 5 september is er geen Nvl procedure. In het beleid voor 2026 is hierover het volgende opgenomen: "In het proces van de Nota van Inlichtingen kunnen zorgaanbieders vragen stellen over de wijze waarop de richttariefpercentages 2026 berekend worden. Na publicatie van de richttariefpercentages 2026 kunnen zorgaanbieders bezwaren uiten tegen de hoogte van de richttariefpercentages 2026 en de (wijze van) totstandkoming daarvan. Hiervoor geldt een termijn van 20 kalenderdagen. Het staat zorgaanbieders vrij om binnen deze termijn mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van het uiterlijk 5 september 2025 gepubliceerde richttariefpercentage 2026".</p>
<p>Wij zijn het niet eens met de arbitraire keuze van 75% van de zorgaanbieders met een neutraal of positief resultaat. Waarom heeft het zorgkantoor bijvoorbeeld niet gekozen voor tenminste 90% van de zorgaanbieders heeft een neutraal of positief resultaat? Ook dan stimuleer je de doelmatigheid. Graag uw toelichting op de keuze van 75%.</p>	<p>Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden. Het hof Den Haag heeft in zijn arrest van 13 februari 2024 wel aangegeven dat zorgkantoren bij het bepalen van het richttariefpercentage er voor dienen zorg te dragen dat minimaal 75% van de zorgaanbieders kostendekkend zorg kan leveren én dat het richttariefpercentage minimaal 75% van het marktaandeel representeert. Met de berekeningssystematiek van het richttariefpercentage voldoen wij ook aan beide voorwaarden.</p>
<p>Als bijlage 7 uiterlijk op 5 september 2025 wordt gepubliceerd en wijzigingen bevat in de systematiek om te komen tot het richttariefpercentage, dan nemen wij aan dat dan alsnog vragen en bezwaren kunnen worden ingediend, die beantwoord zullen worden via een procedure Nota van Inlichtingen. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet? In het inkoopbeleid 9.1 staat uiterlijk op 25 september</p>	<p>De systematiek om te komen tot de richttariefpercentages voor 2026 wijzigt niet ten opzichte van 2025. Na publicatie van de gewijzigde bijlage 7 op 5 september is er geen Nvl procedure. In het beleid voor 2026 is hierover het volgende opgenomen: "In het proces van de Nota van Inlichtingen kunnen zorgaanbieders vragen stellen over de wijze waarop de richttariefpercentages</p>

<p>2025 bezwaar en kort geding mogelijkheid 2 tav tariefsystematiek en tarief. Klopt het dat er geen vragen meer kunnen worden gesteld?</p>	<p>2026 berekend worden. Na publicatie van de richttariefpercentages 2026 kunnen zorgaanbieders bezwaren uiten tegen de hoogte van de richttariefpercentages 2026 en de (wijze van) totstandkoming daarvan. Hiervoor geldt een termijn van 20 kalenderdagen. Het staat zorgaanbieders vrij om binnen deze termijn mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van het uiterlijk 5 september 2025 gepubliceerde richttariefpercentage 2026".</p>
<p>Is er in het model ook rekening mee gehouden dat er in de komende periode substantiële investeringen gedaan moeten worden in verouderd vastgoed (toekomstbestendig maken)?</p>	<p>Investeringen in vastgoed worden bekostigd vanuit de NHC en NIC componenten. Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. Investeringen in vastgoed zijn daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.</p>
<p>Wij krijgen signalen door dat het richttariefpercentage 2026 naar beneden wordt bijgesteld op basis van het positieve resultaat in 2024 in de ouderenzorgsector. Geldt deze bijstelling ook voor instellingen die in 2024 geen positief resultaat hebben gerealiseerd? Zo ja, dan worden deze instellingen in 2026 extra benadeeld door een gemiddeld resultaat in de sector.</p>	<p>Het richttariefpercentage wordt per sector vastgesteld en niet per zorgaanbieder. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
<p>Zorgkantoren geven aan dat ze dezelfde systematiek hanteren voor het vaststellen van richttariefpercentage als voorgaande jaren. Op dit moment vindt er een kostprijsonderzoek in de GGZ plaats voor de modulaire tarieven. Is het zorgkantoor bereid om, als kostprijzen (nieuw) lager worden vastgesteld dan de huidige beleidsregelwaarden deze berekening opnieuw uit te voeren om reële tarieven voor aanbieders te kunnen borgen?</p>	<p>De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p>
<p><i>2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector</i></p>	
<p>Als de kostprijs omhoog gaat maar het macrokader blijft gelijk dan zal het richttarief lager uitvallen waardoor het tarief mogelijk niet kostendekkend is voor de outliers. Hoe gaan jullie hiermee om?</p>	<p>Bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met de hoogte van het Wlz-kader 2026.</p> <p>Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in</p>

	<p>beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
<p>In de resultaten van 2024 zitten ook de effecten van de ophoging van het richttariefpercentage van 96,4% naar 96,9% (+0.5%) en de ophoging van éénmalige ophoging van de NHC en NIC tarieven op basis van het amendement van Dobbe. Worden deze éénmalige bij de berekening van het nieuwe richttariefpercentage buiten beschouwing gelaten? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Het richttariefpercentage wordt berekend op basis van onder andere de declaratiegegevens. Dit zijn de declaratiegegevens inclusief de ophogingen van de richttariefpercentages en de NHC en NIC tarieven die gedurende 2024 hebben plaatsgevonden. Deze posten zijn namelijk onderdeel van de totale omzet van de zorgaanbieders. En op die manier kunnen wij de juiste Wlz ZIN ratio berekenen.</p>
<p>In de onderbouwing van het richttariefpercentage maakt u gebruik van de jaarrekeningen van de zorgaanbieders. Bij het bepalen van het kostenpercentage per aanbieder hanteert u de volgende rekenregel: ZiN gerelateerde Wlz kosten/ 100% NZa maximumtarief scenario. Een efficiënt werkende aanbieder heeft relatief lagere ZIN-gerelateerde Wlz-kosten wat uiteindelijk leidt tot een lager richttariefpercentage. Om de veranderende, zwaarder wordende, zorgvraag in de verpleeghuizen aan te kunnen zijn de aanbieders genoodzaakt om aanpassingen en mogelijk ook nieuwbouw te plegen aan hun locaties. Om de financiering daarvan mogelijk te maken heeft de zorgaanbieder eigen vermogen nodig. Uw berekening knijpt het resultaat van de zorgaanbieder af, waardoor opbouw van het noodzakelijke eigen vermogen bemoeilijkt wordt. Kunt u aangeven hoe u hier tegenaan kijkt en aangeven hoe u de mogelijkheid tot kapitaalopbouw van de zorgaanbieder faciliteert?</p>	<p>Het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten een neutraal of positief resultaat heeft. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Dat vormt vervolgens het vertrekpunt voor een vast te stellen tarief voor 2026. Of een aanbieder daadwerkelijk winst maakt, hangt zoals u al aangeeft af van de individuele omstandigheden van die aanbieder en hoe diens exploitatie zich ontwikkelt. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn.</p> <p>Investerings in vastgoed worden bekostigd vanuit de NHC en NIC componenten. Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. Investerings in vastgoed zijn daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.</p>
<p>Het Richttariefpercentage wordt gebaseerd op de jaarrekeningen van 2024 van de aanbieders. Echter de tarieven voor 2026 zullen door de NZa worden aangepast naar aanleiding van haar kostprijsonderzoek. Kunt u toelichten of en zo ja op welke wijze u verwacht dat de aanpassing van de tarieven in 2026 effect zullen hebben op de resultaten van (individuele) aanbieders?</p>	<p>Bij het berekenen van het richttariefpercentage wordt hiermee geen rekening gehouden. De tariefpercentages worden toegepast op de NZa tarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Als de NZa aan de hand van het kostprijsonderzoek de tarieven aanpast wordt het tariefpercentage toegepast op deze NZa tarieven.</p>

<p>In de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u de aanname van de NZa te hebben overgenomen dat 'de verhouding tussen de Wlz ZiN_omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz ZiN_kosten en de totale kosten.' Heeft u de validiteit van deze aanname nader onderzocht? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat op grond van de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de totale omzet, aangezien de specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarrekeningen. Omdat niet alle aanbieders in hun jaarstukken kosten toewijzen aan domeinen waarin zij actief zijn, is onontkoombaar dat met een aanname wordt gewerkt. Dat is niet ongebruikelijk zoals blijkt uit het feit dat ook de NZa dat doet. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data dit model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd. Deze manier van toerekening vormt al meerdere jaren onderdeel van het inkoopbeleid en heeft al meerdere keren de toets der kritiek doorstaan in gerechtelijke procedure.</p>
<p>In de voetnoot geeft u aan dat is gecontroleerd of het uitsluiten van zorgaanbieders met een lage Wlz ratio effect heeft op het model. Het uitsluiten van deze groep zorgaanbieders heeft een "lage" impact, waardoor is besloten alle Wlz zorgaanbieders mee te nemen. Kunt u specificeren wat een "lage" impact is?</p>	<p>De exacte impact verschilt van jaar tot jaar, doordat de groep van aanbieders die dat betreft elk jaar verschilt. Ten tijde van de berekening had het niet meenemen van de aanbieders met een lage Wlz ratio geen impact op de uiteindelijke richttariefpercentages. Vandaar de keuze voor 'zeer lage impact' in bijlage 7.</p>
<p>Wordt in de berekening van het richttariefpercentage voor 2026 rekening gehouden met aanbieders die hun jaarrekening niet per 1_6_2025 hebben gepubliceerd? Zo, nee waarom niet. Zo, ja op welke wijze?</p>	<p>Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.</p>

<p>We hebben vernomen dat het richttariefpercentage naar beneden wordt bijgesteld, voornamelijk vanwege de positieve resultaten in de sector in 2024. De positieve marges zitten echter veelal in het vastgoed (lage afschrijvingskosten verouderde gebouwen) en niet in de zorgexploitatie. Is er in de voorgenoemde bijstelling rekening gehouden met het gegeven dat er de komende periode juist fors geïnvesteerd moet worden in het verouderde vastgoed?</p>	<p>De berekening van de richttariefpercentages voor 2026 zal op dezelfde manier worden uitgevoerd als nu voor 2025 is omschreven in de Nota van Wijziging van 31 mei 2024. Dit houdt in dat, in overeenstemming met het arrest van het gerechtshof Den Haag van 13 februari 2024, de financieringsbaten &amp;-lasten worden meegenomen in de berekening én dat de voorwaarde geldt dat 75% van de markt (qua aantal én marktaandeel) uit moet kunnen met het betreffende richttariefpercentage. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Investerings in vastgoed worden bekostigd vanuit de NHC en NIC componenten. Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. Investerings in vastgoed zijn daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.</p>
<p>Het richttariefpercentage wordt berekend op jaarverslagen vanuit het jaar 2024. Echter zorgaanbieders hebben in 2024 met de unieke situatie te maken gehad waarbij gedurende het jaar de aanpassing van het richttariefpercentage en de compensatie van de NHC herijking zijn toegevoegd aan de tarieven. Dit zal een opwaartse druk hebben op de resultaten van de zorgaanbieders, waardoor er een vertekend beeld ontstaat ten opzichte van de situatie 2025 en verder, waar sprake is van lagere tarieven. Kunt u aangeven op welke wijze hier in het richttariefpercentage voor wordt gecorrigeerd?</p>	<p>De berekening van de richttariefpercentages voor 2026 zal op dezelfde manier worden uitgevoerd als nu voor 2024 is omschreven in de Nota van Wijziging van 31 mei 2024. Dit houdt in dat, in overeenstemming met het arrest van het gerechtshof Den Haag van 13 februari 2024, de financieringsbaten &amp;-lasten worden meegenomen in de berekening én dat de voorwaarde geldt dat 75% van de markt (qua aantal én marktaandeel) uit moet kunnen met het betreffende richttariefpercentage.</p> <p>Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. De aanpassing van de NHC-tarieven door de NZa is daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.</p>
<p>In hoeverre zijn de aangekondigde kortingen op het WLZ_kader van invloed op de berekening van het richtpercentage. Wordt hier rekening mee gehouden?</p>	<p>Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader.</p>
<p>Vraag: Op pagina 21 geeft u aan het richttariefpercentage de baseren op de laatst beschikbare jaarverslagen, te kennen 2024.</p>	<p>Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces</p>

<p>Jaarverslagen worden pas op 1 juni a.s. gepubliceerd. In hoeverre wordt er rekening gehouden met de jaarverslagen van Zorgaanbieders die de jaarrekening later deponeren, vaak omwille van financiële uitdagingen? Mogelijk geeft dit de sample een vertekend beeld.</p>	<p>omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.</p>
<p>3. Het richttariefpercentage per sector</p>	
<p>Voor de ouderenzorg leidt de aanpassing van de tariefssystematiek – als gevolg van het vonnis gehandicaptenzorg – tot een verhoging van het richttariefpercentage voor 2024 van 0,5%. Uit het rekenmodel wordt ons niet duidelijk hoe het meenemen van de financieringsbaten en – lasten rekenkundig heeft geleid tot een verhoging van 0,5% tot een tariefpercentage van 96,9%. Uit het vonnis gehandicaptenzorg volgt dat de tariefssystematiek van zorgkantoren controleerbaar en navolgbaar dient te zijn. Bent u bereid om de wijze waarop en de mate waarin de financieringsbaten en – lasten zijn verwerkt in het rekenmodel, te publiceren? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>De wijze waarop financieringsbaten en -lasten in het model zijn verwerkt, volgt uit bijlage 7 (zie pagina 4). Ook de mate waarin financieringsbaten en -lasten zijn verwerkt in het model is kenbaar. In Bijlage 7 is immers verduidelijkt dat "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" wordt opgeteld bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de "totale kosten" te bepalen.</p>
<p>4. Resultaten per sector</p>	
<p>Op pagina 11 van de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u dat met een richttariefpercentage van 96,4%, 52% van de zorgaanbieders een theoretisch resultaat heeft van meer dan 2%. Op deze pagina wordt niet expliciet gemaakt dat het gaat om Wlz_resultaat. Kunt u bevestigen dat u met theoretisch resultaat 'theoretisch Wlz_resultaat' bedoelt en niet totaal resultaat van de zorgaanbieder?</p>	<p>Wij kunnen bevestigen dat dit gaat om het theoretisch Wlz resultaat en niet het totaal resultaat van de zorgaanbieder</p>
<p>Wat is de impact op de richttarief percentages in de GGZ vanwege de uitkomsten van het Kostprijsonderzoek en de aanpassing van de normatieve huisvestingscomponent in de NZa tarieven 2026 dat door de NZa is uitgevoerd als de uitkomsten tot veel lagere of veel hogere NZa tarieven leiden. Blijven de richtpercentages dan hetzelfde of bewegen die mee met de uitkomsten. Ik heb het dan niet over de mogelijkheid dat de de 2% opslag kan vervallen bij de ZZP_en de WLZ W5, maar vooral over alle richtpercentage?</p>	<p>Met het berekenen van het richttariefpercentage wordt hiermee geen rekening gehouden. De tariefpercentages worden toegepast op de NZa tarieven en volgt de ontwikkeling daarin. Als de NZa aan de hand van het kostprijsonderzoek de tarieven aanpast wordt het tariefpercentage toegepast op deze NZa tarieven.</p>

<p>In het bericht op de website wordt gesteld over de herberekening van het richttariefpercentage "De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en _lasten op betrouwbare wijze vast te stellen." Kunt u uitleggen waarom het niet mogelijk is de feitelijke financieringsbaten en _lasten op betrouwbare wijze vast te stellen? Wat bedoelt u hiermee?</p>	<p>Afgelopen jaar is gebleken dat het zonder uitvraag niet mogelijk is om de precieze financieringsbaten en - lasten te berekenen, waardoor het niet mogelijk is op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en - lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.</p>
<p><i>5. Bijlage 7.A: lijst van geïnccludeerde aanbieders (o.b.v. KvK nummer)</i></p>	
<p>In bijlage 7 is de lijst van geïnccludeerde zorgaanbieders per sector opgenomen voor de berekening van het richttariefpercentage. De sample betreft een aantal van 510 VVT_zorgaanbieders. _ Hoe bent u tot deze sample van VVT_zorgaanbieders gekomen? Waar is de keuze die hierin is gemaakt op gebaseerd? _ Bent u voornemens om voor de berekening van het richttariefpercentage 2026 dezelfde set geïnccludeerde zorgaanbieders te gebruiken zodat sprake is van continuïteit?</p>	<p>De lijst van geïnccludeerde aanbieders betreft zorgaanbieders van wie de jaarrekening tijdig is gepubliceerd en waarvan de gegevens zijn opgenomen in het Intrakoop bestand minus outliers. Voor 2026 zal dezelfde systematiek gebruikt worden met dezelfde uitgangspunten. Dit kan betekenen dat er minimale verschillen zijn tussen de set van aanbieders die voor 2026 gebruikt zullen worden en die voor 2025 zijn gebruikt, maar de overlap tussen de twee sets zal groot zijn.</p>
<p><i>Het richttariefpercentage per sector</i></p>	
<p>De richttariefpercentages 2026 worden pas uiterlijk op 5 september 2025 gepubliceerd. Gezien de zorgaanbieders pas na sluiting van deze Nvl_ronde worden geïnformeerd hierbij aan u de vraag op welke wijze we nog aanvullende vragen over dit onderwerp kunnen stellen.</p>	<p>Na publicatie van de gewijzigde bijlage 7 op 5 september is er geen Nvl procedure. In het beleid voor 2026 is hierover het volgende opgenomen: "In het proces van de Nota van Inlichtingen kunnen zorgaanbieders vragen stellen over de wijze waarop de richttariefpercentages 2026 berekend worden. Na publicatie van de</p>

	richttariefpercentages 2026 kunnen zorgaanbieders bezwaren uiten tegen de hoogte van de richttariefpercentages 2026 en de (wijze van) totstandkoming daarvan. Hiervoor geldt een termijn van 20 kalenderdagen. Het staat zorgaanbieders vrij om binnen deze termijn mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van het uiterlijk 5 september 2025 gepubliceerde richttariefpercentage 2026".
--	--

### Bijlage 8 Prestatietabel regulier - specifiek – tariefpercentages 2025

Over deze bijlage zijn geen vragen gesteld.

### Bijlage 10 Overzicht gericht contracteren GZ

Vraag	Antwoord
Er staat dat de aanbieder interesse kenbaar moet maken bij de inschrijving in VECOZO en in september een plan van aanpak overlegt aan inkoper. Wat betekent dit voor de komende jaren? Indien wij nu nog geen plan hebben, maar in de loop van 2026 wel of zelfs pas in 2027, kunnen wij dan alsnog onze interesse kenbaar maken en inbrengen? Of is de aankomende inschrijving het enige moment.	Er is ook een mogelijkheid om op een later moment uw interesse kenbaar te maken en een plan van aanpak in te dienen. Hierover kunt u contact opnemen met uw zorginkoper. Deze zal dan wel eerst nagaan of er nog budget voor Gericht Contracteren 2026 beschikbaar is.
Bijlage 10 verschilt ten opzichte van vorig jaar dat de doelgroepen niet (of minder) gespecificeerd zijn. In het regionaal inkoopbeleid wordt gesproken over complexe zorg, vooral op het snijvlak GZ-GGZ. Stelt u hiermee dat gericht contracteren mogelijk is voor complexe zorg, mits het voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 10? En hoe verhouden de kenmerken (bullets) zich tot elkaar?	Dat klopt. Voor 2026 benoemen we voor gericht contracteren geen specifieke doelgroepen maar gaat het wel om het vergroten van het aanbod voor doelgroepen die om hoog complexe zorg vragen. Hierbij gaat het niet alleen om een uitbreiding van plaatsen, maar ook kan gaan om het ombuigen van zorg door het toevoegen van faciliteiten of expertise aan teams. Wij vragen zorgaanbieders bij inschrijving aan te geven in welke mate zij voldoen aan de kenmerken (bullets). Aan de hand daarvan toetst Zilveren Kruis de mate waarin het aanbod voldoet aan onze vraag naar milieus en expertises.

### Bijlage 10 Overzicht gericht contracteren GGZ

Vraag	Antwoord
In Friesland hebben we in het kader van de Regiokaart complex vanuit de afspraken gericht contracteren financiële middelen ontvangen	Wij vragen zorgaanbieders om bij inschrijving hun interesse kenbaar te maken in VECOZO indien zij in 2026 voor 1 of meer van de doelgroepen voor

<p>voor de inzet van een projectleider die de realisatie van o.a. prikkelarm verblijf, crisisplekken, woonplekken W5 en plekken voor somatische zorg. Als een aanbieder interesse heeft voor het bieden van vormen van deze zorg is het dan noodzakelijk om dat ook nog voor 1 juli via VECOZO aan te geven of staat dit provinciale initiatief echt los van wat er in bijlage 10 staat opgenomen over het specifiek aanbod inkopen voor een drietal clientgroepen? Kunt u dit toelichten?</p>	<p>gericht contracteren aanbod willen creëren. Via VECOZO wordt ook uw inkoper geïnformeerd. Eventuele afspraken die al zijn vastgelegd voor gericht contracteren 2025 blijven van kracht.</p>
<p>Komen GZ-aanbieders ook in aanmerking om aanbod te realiseren voor prikkel arm wonen?</p>	<p>GZ-aanbieders komen ook in aanmerking om aanbod te realiseren voor prikkelarm wonen. Hierbij moet de aanbieder wel voldoen aan de vereisten zoals opgenomen in bijlage 10. Interesse hiervoor kan kenbaar gemaakt worden in VECOZO. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Hoe worden de verschillende wettelijke kaders toegepast? Kan Prikkel arm wonen ook gerealiseerd worden onder het kader WZD en hoe verhoudt zich dit tot de wet verplichte GGZ? Hoe gaat Zilveren Kruis om met wet verplichte GGZ als een GZ-aanbieder (WZD) deze plekken wil realiseren?</p>	<p>Prikkelarm wonen gaat over het algemeen niet over vrijheidsbeperking. Als er voor specifieke cliënten wel sprake is van vrijheidsbeperkende middelen of maatregelen, dan moet een zorgaanbieder deze kunnen uitvoeren. We gaan ervan uit dat GGZ-cliënten ook kunnen wonen op prikkelarme woonlocaties die worden gefaciliteerd vanuit gericht contracteren door GZ-aanbieders. Dit betekent dat zorgaanbieders met zowel de Wzd als de Wvvgz moeten kunnen werken. Een zorgaanbieder hoeft voor de Wvvgz overigens niet zelf een psychiater in dienst te hebben, dat kan bijvoorbeeld ook via een samenwerkingsverband met een klinische zorgaanbieder.</p>

### Bijlage 11 Inkoopbeleid Salviq (Langdurig Klinisch Wonen)

Vraag	Antwoord
<p>Wat wordt bedoeld met "vergelijkbaar met" beveiligingsniveau 2_3? Moet hierbij aan de inhoudelijke voorwaarden van beveiligingsniveaus 2 en 3 voldaan kunnen worden?</p>	<p>Ja dat klopt. De voorziening hoeft technisch gezien niet te voldoen aan alle eisen van DJI, maar het geheel van relationele en materiële veiligheid dient vergelijkbaar te zijn met beveiligingsniveau 2-3.</p>
<p>In aanvullend inkoopbeleid 2026 beschrijft u de inkoopvoorwaarden van Salviq voor 2026. U koppelt Salviq aan de GGZ-sector. Echter betreft Salviq een bredere doelgroep, waarin ook expertise nodig kan zijn vanuit de VV-sector van bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde. Kunt u aangeven of Salviq ook van toepassing kan zijn voor de VV-sector? Is het mogelijk om ons als VV-zorgaanbieder aan te melden als</p>	<p>In de praktijk zal het vooral gericht zijn op cliënten met een GGZW5 en VG7 profiel, waarbij ook sprake kan zijn van een (forse) somatische zorgvraag. Maar andere profielen zijn niet vooraf uitgesloten. Alle zorgaanbieders die aan alle criteria voor Salviq voldoen kunnen een plan indienen. Informeert u uw inkoper van uw voornemen. Partijen dienen wel te beschikken over GGZ-expertise en zorg op het gevraagde</p>

<p>Salviq woonvoorziening en/of het maken van afspraken over bekostiging van het bieden van Salviq expertise voor de regio? Zo nee, waarom niet?</p> <p>Hoe verhouden de afspraken over Salviq zich tot de laag volume hoog complex doelgroepen (LVHC)? Klopt het dat Salviq geen LVHC doelgroep is en gaat worden?</p> <p>Hoe verhouden de afspraken over Salviq zich tot de (groeps)meerzorg afspraken? Daarmee bedoelen wij lopende meerzorgafspraken, maar ook de ontwikkeling naar de nabije toekomst.</p>	<p>beveiligingsniveau te kunnen bieden. LVHC is beperkt tot groepen die aan de Rlz worden toegevoegd.</p> <p>Bestaande meerzorgafspraken staan los van dit nieuw te organiseren zorgaanbod.</p>
<p>Nav LKW: Betreft het hier WLZ GGZ _ 5 Cliënten?</p>	<p>In de praktijk zal het vooral gericht zijn op cliënten met een GGZW5 en VG7 profiel.</p>
<p>Uit interesse: Salviq is de naam voor langdurig Klinisch Wonen. Kunt u aangeven wat "Salviq" betekent of waar dit voor staat?</p>	<p>Salviq is een inkorting van het latijnse begrip 'sani salvique', wat staat voor 'veilig en wel'.</p>
<p>U geeft aan dat per locaties een minimale omvang van 10 plaatsen gewenst is. De concentratie van ingewikkelde cliënten in een bepaalde regio kan leiden tot een onevenredige verdeling van de uitnutting van de regiobudgetten. Wordt daar rekening mee gehouden?</p>	<p>Salviq wordt toegevoegd aan het reguliere gesprek tussen zorgkantoren over verdeling van de landelijke financiële middelen.</p>
<p>Speelt de zorgaanbieder tijdens de beoordeling door de adviescommissie ook een rol of is dit puur aan adviescommissie</p>	<p>Tijdens de beoordeling heeft de zorgaanbieder geen rol. De adviescommissie brengt een zwaarwegend advies uit, waar het betreffende zorgkantoor in principe aan gebonden is.</p>
<p>Bijlage 11, pagina 1 beschrijft het cliëntprofiel voor Salviq. Kunt u nader specificeren hoe het zorgkantoor de "complexe combinatie van stoornissen" en het "hoogfrequent probleemgedrag" exact definieert voor de toegang tot Salviq? Zijn er concrete, meetbare criteria voor deze kenmerken?</p>	<p>De kenmerken in het cliëntprofiel van Salviq zijn bewust beschreven vanuit een bepaald abstractieniveau waarbij de ernst van de combinatie van problematieken benadrukt is. Dit brengt met zich mee dat de criteria minder concreet beschreven zijn. Bij de twee regels die u aanhaalt zijn wel voorbeelden gegeven.</p>
<p>Wat zijn de concrete verwachtingen ten aanzien van de "tijdige realisatie van benodigd aanbod" voor Salviq locaties? Zijn er specifieke deadlines voor oplevering en ingebruikname van de zorglocaties?</p>	<p>Bij de afweging van de adviescommissie zijn meerdere criteria van belang, waaronder tijdige realisatie van benodigd aanbod. Er zijn geen specifieke deadlines voor oplevering en ingebruikname van de zorglocaties, maar de aangeboden plannen in relatie tot elkaar beoordeeld.</p>
<p>Het regionale zorgkantoor sluit de overeenkomst. Betekent dit dat zorgaanbieders, na een positief advies van de adviescommissie, per definitie een overeenkomst krijgen aangeboden voor Salviq, of is er nog een selectieproces na dit advies? En zo ja, hoe ziet dat selectieproces eruit?</p>	<p>Nee, een positief advies leidt niet per definitie tot een overeenkomst voor Salviq. De adviescommissie brengt wel een zwaarwegend advies uit, waar het betreffende zorgkantoor in principe aan gebonden is.</p>
<p>Er staat: "Per locatie is een minimale omvang van 10 plaatsen gewenst, dit kan middels een groeimodel naar een eindsituatie." Vraag: waar is de minimale omvang van 10 plaatsen op gebaseerd?</p>	<p>Het uitgangspunt is dat specifieke deskundigheid en mate van beveiliging een bepaalde groepsgrootte vragen.</p>
<p>Zouden ook cliënten met een indicatie binnen de V&amp;V hiervoor in aanmerking komen? Of is dit zeer specifiek geënt op cliënten met een indicatie binnen de GZ en GGZ?</p>	<p>In de praktijk zal het vooral gericht zijn op cliënten met een GGZW5 en VG7 profiel, maar andere profielen zijn niet vooraf uitgesloten. Zorgaanbieders dienen wel te beschikken over GGZ expertise en zorg op het gevraagde beveiligingsniveau te kunnen bieden.</p>

In ZN-verband is bijlage 8 opgesteld. Klopt het dat u enkel Salviq-zorg in wenst te kopen via de GGZ aanbieders?	Salviq is niet voorbehouden aan GGZ-aanbieders. Partijen die zich inschrijven dienen wel GGZ-expertise te hebben en te kunnen voldoen aan het gevraagde beveiligingsniveau.
Komt een VG-organisatie die de juiste zorg kan leveren in aanmerking voor de zorginkoop? Zo ja hoe kan dit gerealiseerd worden. Zo niet waarom niet?	Salviq is niet voorbehouden aan GGZ-aanbieders. Partijen die zich inschrijven dienen wel GGZ-expertise te hebben en te kunnen voldoen aan het gevraagde beveiligingsniveau. Conform procedure kunt u uw voorstel indienen. Neem vooraf contact op met uw zorginkoper.
Wie bepaald of de client voldoet aan het profiel om in de clientgroep te vallen?	De landelijke onafhankelijke toetsingscommissie bepaalt of een cliënt wordt toegelaten tot Salviq.
In welke mate heeft de behandelend arts hier inspraak in?	De behandelend arts levert informatie aan en heeft geen inspraak in de beoordeling van de toetsingscommissie.
Als de kennis nog niet allemaal aanwezig is maar hier wel een plan op wordt gemaakt, is dit dan voldoende om aanspraak te kunnen maken? Waarom wel/ waarom niet?	Dat is ter beoordeling van de adviescommissie.
Als nog niet helemaal voldaan kan worden aan de context maar hier wel een plan op wordt gemaakt, is dit dan voldoende om aanspraak te kunnen maken? Waarom wel/ waarom niet?	Dat is ter beoordeling van de adviescommissie.
Vindt de bekostiging via meerzorgregeling direct vanaf de start plaats?	Een vorm van leegstandsvergoeding voor de opstartfase is onderdeel van de bekostiging en wordt in overleg met het zorgkantoor vastgesteld. De structurele bekostiging van de reguliere exploitatie via (groeps)meerzorg zal direct vanaf de start plaatsvinden.
Hoe ziet de leegstandsvergoeding eruit? Is dit vergelijkbaar met de MNDP of wordt dit nader uitgewerkt?	Een vorm van leegstandsvergoeding voor de opstartfase is onderdeel van de bekostiging en wordt in overleg met het zorgkantoor vastgesteld. Het is nog niet bekend of dit vergelijkbaar gesteld wordt met Meerzorg Niet Direct Productief (MNDP).
Vindt de evaluatie van de regeling en kostenstructuur per zorgaanbieder plaats? Kunnen de evaluatiepunten gedeeld worden?	Voorafgaand aan het aflopen van de periode van drie jaar wordt de regeling door de NZa geëvalueerd om te beoordelen of deze bekostigungsstructuur passend is. De details van de evaluatie is nog onbekend.
Is de zorgorganisatie verplicht om de afgesproken plekken vrij te houden?	Ja, de afgesproken plekken zijn specifiek voor cliënten die door de toetsingscommissie geïnccludeerd zijn voor Salviq.
In de selectiecriteria wordt geografische spreiding niet als criterium genoemd. Waarom is dit geen selectie criterium?	Salviq heeft een bovenregionale en landelijke insteek. Door het specialistisch karakter is het vinden van zorgaanbieders die passende zorg kunnen bieden leidend boven geografische spreiding. Indien mogelijk wordt geografische spreiding wel nagestreefd.
Worden deze plekken regionaal georganiseerd en welke mogelijkheden kent onze regio (Limburg, Oost Brabant, Gelderland)?	Salviq heeft een bovenregionale en landelijke insteek. Door het specialistische karakter is het vinden van zorgaanbieders die passende zorg kunnen bieden leidend boven geografische spreiding. Indien mogelijk wordt geografische spreiding wel nagestreefd.
Als het wonen is, in hoeverre kan het in combinatie met behandelen, m.n. daar waar het verschillende organisatieonderdelen betreft?	De gehele Wlz gaat uit van integrale zorglevering, ongeacht de organisatiestructuur.

Wie heeft zitting in de onafhankelijke toetsingscommissie?	De leden van de toetsingscommissie, welke de inclusie van cliënten in Salviq beoordeelt, zijn nog niet bekend.
In hoeverre zijn middelen beschikbaar voor investeringen vastgoed?	In het addendum, dat wordt toegevoegd aan de bestaande overeenkomst, staan ook de uitkomsten van overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over de bekostiging van de initiële investeringen die noodzakelijk zijn om het aanbod te starten. Het betreft dan de kosten voor specifieke aanpassingen aan de locatie, de opbouw van additionele expertise en de kosten voor een geleidelijke invulling van meerdere plekken op één locatie. De bekostiging van de investering wordt daarmee onderdeel van het tarief. Financiering van de investering dient te worden georganiseerd door de instelling zelf.
In hoeverre wordt een organisatie gecompenseerd in de kosten voor administratieve lasten?	Zorgaanbieders dienen een plan in conform de gestelde criteria bij de adviescommissie waar een begroting onderdeel van is.  Wij gaan er niet vanuit dat de administratieve lasten disproportioneel zijn ten opzichte van andere (beveiligde) zorg. Indien u van mening bent dat dit wel het geval is, dan dient u dat te onderbouwen en in uw plan mee te nemen.
Kunt u aangeven wat u verstaat onder een "derdelijns voorziening"?	De Nederlandse gezondheidszorg is opgesplitst in verschillende niveaus van zorgverlening. De derdelijns zorg, ook wel hoog specialistische zorg genoemd, is bedoeld voor patiënten met een complexe en/of ernstige psychische aandoening waarbij eerste- en tweedelijnszorg niet genoeg is.
Doet de toetsingscommissie ook een beroep op het oordeel van de zorgaanbieder?	Bij de beoordeling van Salviq-cliënten wordt de voorgeschiedenis van de cliënt meegenomen. Daarin is ook het oordeel van de zorgaanbieder meegenomen. De toetsingscommissie beoordeelt of een cliënt in aanmerking komt voor een plek in een Salviq-voorziening.
Kunt u aangeven hoe de leegstandsvergoeding wordt bepaald?	Een vorm van leegstandsvergoeding voor de opstartfase is onderdeel van de bekostiging en wordt in overleg met het zorgkantoor vastgesteld.
U geeft aan dat aanbieders in hun voorstel moeten aangeven welke extra kosten noodzakelijk zijn om deze zorg te kunnen opstarten. Kunt u aangeven welke kosten aanbieders hierin kunnen meenemen?	Zie hiervoor het onderdeel "Inkoopbeleid Salviq" bij het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor.
U geeft aan dat het uitgangspunt bij financiering een zzp tarief is aangevuld met groepsmeezorg per voorziening. We hebben hierover 2 vragen: 1. In de voorziening wonen waarschijnlijk personen met ZPP profielen op basis van een GGZ en een GHZ grondslag. Deze tarieven lopen erg uiteen. Kunt u aangeven hoe u met dit verschil in ZPP tarieven omgaat? 2. U geeft aan dat gebruik gemaakt kan worden van groepsmeezorg op instellingsniveau. Onze ervaring met groepsmeezorg is dat deze niet toereikend is om complexe zorg mogelijk te maken. Kan een organisatie de extra kosten die nodig zijn om deze zorg mogelijk te maken	We zien graag uw plan en de begroting tegemoet. Op dit moment gaan we ervan uit dat de extra kosten met groepsmeezorg kunnen worden opgevangen. Het is de bedoeling om de komende 3 jaar te bepalen of de groepsmeezorgregeling passend is. De NZa beoordeelt na afloop van de periode van de 3 jaar of deze bekostigingsstructuur passend is.  Als er sprake is van verschillende zorgprofielen, dan zal het bedrag aan meezorg voor die cliënten ook verschillend zijn om uit te komen op de afgesproken dagvergoeding.

gedurende de looptijd als kosten bovenop deze meerkosten in rekening brengen?	
U geeft aan dat een minimale omvang van 10 plaatsen gewenst is. Gezien de eisen aan de voorziening zal het noodzakelijk zijn om 10 plaatsen of meer te realiseren. Heeft zorgkantoor gedacht aan het afbreukrisico voor professionals in een voorziening met een behoorlijk aantal plaatsen? Is hierin voorzien door extra facilitering in de vorm van extra meerzorg of structurele inzet van teamoverleg, intervisie en supervisie?	Deze elementen kunt u meenemen in uw plan en bijbehorende begroting.
Bij benodigde expertise gaat u uit van verschillende disciplines die zowel in de V&V, de GHZ en de GGZ-sector aanwezig zijn. Is het wenselijk dat aanbieders uit tenminste de GHZ en GGZ-sector samenwerken om deze voorziening mogelijk te maken? Kunnen daarbij kosten om deze samenwerking te faciliteren meegenomen worden in de algemene kosten om deze voorziening te realiseren (gedurende 3 jaar)?	Uw plan volgens de gestelde criteria ontvangt de adviescommissie graag. Ook als dit door meerdere zorgaanbieders uit verschillende sectoren samen wordt ingediend. In het plan en bijbehorende begroting kunt u genoemde elementen opnemen.
U geeft aan dat niet vrijwillige zorg essentieel onderdeel is van de zorg waarbij de Wvoggz en de Wzd van toepassing zijn. Ook geeft u aan dat crisiszorg op de locatie zelf geboden moet kunnen worden? 1. Op dit moment is het voor reguliere organisaties onmogelijk om _rechtmatig_ zowel de Wvoggz en de Wzd uit te voeren. Hoe stelt het zorgkantoor organisaties in de GGZ of de GHZ in staat dit rechtmatig te kunnen doen? 2. U geeft aan dat crisiszorg op de locatie moet worden uitgevoerd. Bedoelt u hiermee ook dat wanneer een gesloten opname nodig is waar crisisbehandeling mogelijk is, deze alleen op de locatie mag worden uitgevoerd en dat geen enkele plaatsing in een andere klinische voorziening is toegestaan?	1. Wij nemen uw signaal mee naar de landelijke projectgroep Salviq. 2. Idealiter kunnen crisisinterventies plaatsvinden op de locatie, dan wel op het terrein waar de locatie geplaatst is. Mocht een aanbieder deze mogelijkheid niet kunnen organiseren (in specifieke situaties) dan beschrijven zij hoe een crisisbehandeling wel vorm kan krijgen.
Bij aantal plekken spreekt u over een toetsingscommissie. Bij bekostiging heeft u het over een toelatingscommissie. 1. Betreft het hierbij dezelfde commissie? 2. U geeft aan dat de toelatingscommissie wordt bekostigd door de gecontracteerde zorgaanbieders. Wat bedoelt u hiermee? Betekent dit dat alle zorgaanbieders die u contracteert deze commissie bekostigen of alleen de zorgaanbieders die een inschrijving doen voor Salviq? Of alleen de zorgaanbieders die u contracteert voor Salviq? 3. Kunnen zorgaanbieders de kosten voor deze toelatingscommissie opnemen in hun voorstel?	Een onafhankelijke toetsingscommissie bepaalt of een cliënt in aanmerking komt voor een plek bij een Salviq voorziening. Op den duur is het de bedoeling dat de kosten voor de toetsingscommissie gefinancierd vanuit de begroting van de deelnemende Salviq aanbieders. Dit hoeft nu nog niet meegenomen te worden in voorstel voor de adviescommissie.

Kunt u toelichten op welke wijze de gezamenlijke ontwikkeling van kennis en expertise tussen de deelnemende zorgaanbieders wordt vormgegeven binnen het Salviq concept? Wordt hiervoor een structureel overleg of kennisplatform ingericht?	De wijze waarop de ontwikkeling van kennis en expertise vorm krijgt, wordt in samenspraak met de voor Salviq gecontracteerde zorgaanbieders uitgewerkt.
U geeft aan dat een groei-model in het aantal zorgplekken mogelijk is. Zijn hieraan specifieke termijnen, faseringen of minimale/maximale capaciteitsgrenzen verbonden per locatie of regio?	Per locatie is een minimale omvang van 10 plaatsen gewenst, dit kan middels een groei-model naar een eindsituatie. De maximale capaciteitsgrens per regio of locatie is afhankelijk van het totale landelijke zorgaanbod. De fasering en termijn waarop dit gerealiseerd dient te zijn, is nog in ontwikkeling.
Kunt u aangeven hoe de toegang tot de lijst van cliënten die in aanmerking komen voor plaatsing binnen Salviq wordt geregeld? Is deze informatie beschikbaar voor aanbieders voorafgaand aan de opstartfase, en zo ja, onder welke voorwaarden?	De cliënten die in aanmerking komen voor Salviq worden op dit moment regelmatig verplaatst tussen verschillende zorgaanbieders en zijn om die reden grotendeels bekend bij verschillende taksforces en bekend bij het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden. In het kader van de AVG is het niet toegestaan cliëntgegevens vooraf te delen. Wel hebben zorgkantoren een beschrijving van het type cliënt gegeven in het zorginkoopbeleid.
In hoeverre heeft de uitvoerende zorgaanbieder inspraak in de plaatsing van cliënten, met name in situaties waarin sprake is van veiligheidsrisico's voor personeel of medebewoners, bijvoorbeeld bij herplaatsing van een eerder geplaatste cliënt?	Bij de plaatsing van Salviq-clieñten wordt de voorgeschiedenis van de cliënt meegenomen. De toetsingscommissie beoordeelt of een cliënt in aanmerking komt voor een plek in een Salviq-voorziening.
Kunt u verduidelijken waar de verantwoordelijkheid ligt voor de besluitvorming omtrent de voortgang van het behandeltraject van cliënten binnen de Salviq voorziening? Wordt dit primair belegd bij de zorgaanbieder of bij het zorgkantoor?	Voor de doelgroep van Salviq geldt dat de nadruk minder ligt op behandeling in engere zin (therapiegesprekken, farmacotherapie) maar vooral op interventies via de context. Het uitgangspunt van Salviq is dat mensen kunnen zijn wie ze zijn en om een context te creëren waarin mensen kwaliteit van leven kunnen ervaren, eventueel voor de rest van hun leven. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de zorgaanbieder.
Indien men niet inschrijft voor Salviq, verliest een aanbieder dan ook zijn maatwerkplekken?	Salviq is nieuw te realiseren zorgaanbod en staat los van de eerder gerealiseerde maatwerkplekken.
U geeft aan dat de begeleidingsstijl gericht moet zijn op gelijkwaardigheid. Kunt u aangeven wat u met gelijkwaardigheid bedoelt en ten aanzien van wie deze gelijkwaardigheid geldt?	"We doen het samen" betekent ook werkelijk samen: creëer gelijkwaardigheid in de dagelijkse omgang. Zie de cliënt niet als een dossier met lastig gedrag, maar zie ook wat iemand wel kan en waar iemand blij van wordt. Samen activiteiten doen maakt ook het voorleven van wat wel kan mogelijk, waarbij na verloop van tijd toch vooruitgang mogelijk blijkt waar dat eerder niet werd gedacht (Significant rapport: <a href="https://significant.nl/nieuws/klinisch-wonen/">https://significant.nl/nieuws/klinisch-wonen/</a> ).
U geeft aan dat een leegstandsvergoeding mogelijk is bij de opstart van de voorziening. Echter ook gedurende de 3 jaar dat u een contract met de aanbieder aangaat, kan het voorkomen dat er leegstand ontstaat. Aanbieder moet plek beschikbaar houden gezien de acceptatieplicht.	Bij het bepalen van de dagvergoeding zal rekening moeten worden gehouden met een realistische factor leegstand. Daarnaast stemmen de zorgkantoren af over de wijze waarop omgegaan wordt met langere leegstand door bijvoorbeeld detentie. Op dit moment is hier nog geen formeel besluit over genomen. Wij kunnen in elk geval niet

<p>1. Bent u akkoord met het financieren van leegstand gedurende de gehele contractperiode (van initieel 3 jaar)?</p> <p>2. Tevens vragen we u duidelijk aan te geven hoe u omgaat met langdurige afwezigheid in deze voorziening die de normale regels van afwezigheid overschrijdt, bijvoorbeeld als een client (voor een langere periode) in detentie moet?</p>	<p>toezeggen dat alle leegstand gedurende de contractperiode zonder meer vergoed wordt.</p>
<p>U geeft aan dat een minimale omvang van 10 plaatsen gewenst is. Gezien de eisen aan de voorziening zal het noodzakelijk zijn om 10 plaatsen of meer te realiseren. Heeft zorgkantoor gedacht aan het afbreuk risico voor professionals in een voorziening met een aanzienlijk aantal plaatsen met deze complexe problematiek? Is hierin voorzien door extra facilitering in de vorm van extra meerzorg of structurele inzet van teamoverleg, intervisie en supervisie?</p>	<p>Dergelijke elementen moeten meegenomen worden in de plan en bijbehorende begroting.</p>
<p>U geeft aan dat de door de toetsingscommissie toegewezen client niet kan worden geweigerd, met inachtneming van wet_ en regelgeving.</p> <p>1. Uit welke personen en disciplines bestaat de toetsingscommissie?</p> <p>2. Bent u het met ons eens dat instellingen cliënten moeten kunnen weigeren op basis van inhoudelijke argumenten, incidenten in het verleden en/of huidige samenstelling van de bewoners?</p> <p>3. Bent u akkoord om de acceptatieplicht als een collectieve verantwoordelijkheid voor alle aanbieders Salviq op te leggen en deze niet ten aanzien van een individuele aanbieder te bekrachtigen?</p> <p>4. Hoe gaat zorgkantoor om met de maximale capaciteit van een voorziening en het ontstaan van wachtlijsten? Is een aanbieder verplicht om te groeien?</p>	<p>1. Dit is op dit moment nog niet bekend.</p> <p>2. De door de toetsingscommissie toegewezen cliënt kan niet worden geweigerd (met inachtneming van wet- en regelgeving). Bij de plaatsing wordt indien mogelijk rekening gehouden met de voorgeschiedenis van de client.</p> <p>3. Zie antwoord bij 2.</p> <p>4. We gaan uit van een minimale capaciteit van 10 plekken. Landelijk streven is om 60 plaatsen te realiseren. Eventuele groei in aanvulling op de initieel afgesproken capaciteit, gaat in overleg en is geen verplichting.</p>
<p>In het hoofdbeleid (pagina 2) wordt gesproken over "onvoorwaardelijke, intensieve ondersteuning in een beveiligde context" bij Salviq. Hoe vertaalt zich dit naar de minimale personele bezetting, kwalificaties van het personeel, en de fysieke inrichting van de locatie?</p>	<p>Deze punten zijn beschreven in het inkoopbeleid dat zorgkantoren aanvullend hebben gepubliceerd op dit onderwerp.</p>
<p>Vraag: In het inkoopbeleid geeft u aan in 2026 60 plaatsen voor de Salviq doelgroep te willen realiseren. Kunnen we er vanuit gaan dat doelgroepen waar reeds een groepsmeerzorg aanvraag voor is goedgekeurd, maar die wel voldoen aan de opgestelde criteria, nog steeds in aanmerking komen om gecontracteerd te worden als zodanig?</p>	<p>De reeds goedgekeurde groepsmeerzorg staat los van dit nieuw te realiseren zorgaanbod.</p>

# Wij helpen u graag verder



## **Kijk op**

<https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor>



## **Post**

Zilveren Kruis Zorgkantoor

T.a.v. Zorginkoop, Zorgtoewijzing, Helpdesk iWlz of Overige zorg

Postbus 353

8000 AJ Zwolle



## **Contact**

Ga naar 'contact' op onze website [www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor](http://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor)

en vul het keuzemenu in voor de juiste contactgegevens.

We zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 08.30 - 17.00 uur

Deze Nota van inlichtingen is een uitgave van het Zilveren Kruis Zorgkantoor N.V. KvK 34245138.

Dit document kunt u downloaden op <https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor>

## **Disclaimer**

De informatie die u aantreft komt van betrouwbare bronnen en is bijgewerkt tot en met 1 juli 2025.