



# Nota van inlichtingen

Inkoopbeleid Wlz Gehandicaptenzorg 2024-2026  
Geactualiseerd voor 2026

# Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij het voor 2026 geactualiseerde Inkoopbeleid Wlz Gehandicaptenzorg 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 niet geleid tot aanpassingen in het zorginkoopbeleid.

**In deze Nota van Inlichtingen staan de antwoorden op de vragen over 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 paragraaf 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.

**Bezwaren ingediend via de Nota van Inlichtingen nemen we niet in behandeling.**

De Nota van Inlichtingen is bedoeld voor verduidelijkingsvragen over het inkoopbeleid. Bezwaren dienen te worden ingediend via de in paragraaf 6.3 beschreven procedure. Vragen die zijn ingediend als bezwaar zijn daarom enkel als vraag afgehandeld. U treft de antwoorden op vragen aan in de Nota van Inlichtingen.

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

Hiermee maakt de Nota van Inlichtingen onderdeel uit van deze inkoopprocedure. De actuele versie van het zorginkoopbeleid en de bijlagen vindt u op onze website ([www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor](http://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor)).

## Sectorbrief

Vraag	Antwoord
Binnen de NHC zijn middelen bestemd voor investeringen in duurzaam vastgoed. Wij verwachten dat u in het jaarverslag expliciet inzicht geeft in de inzet van deze middelen. Kan ZK aangeven welke informatie hierin moet worden opgenomen?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
Bij de paragraaf 'van zorg naar gewoon leven' geeft u aan dat er nog veel meer nodig én mogelijk is. Kunt u enkele voorbeelden aangeven binnen de GZ-sector waarbij deze beweging toegepast wordt? Ten einde te leren van elkaar?	Een voorbeeld voor deze beweging in de GZ is Samen Buurten. Samen Buurten (zie <a href="http://www.samenbuurten.nu">www.samenbuurten.nu</a> ) stimuleert en ondersteunt in Flevoland de beweging van zorg naar gewoon leven. Dit gebeurt onder andere door het opleiden van buurtverbinders, een leergemeenschap en het uitvoeren van actieonderzoek. Er is een aanpak ontwikkeld die ook op andere plekken is toe te passen om (informele) netwerken en zorgzame gemeenschappen te versterken.  Eind 2025 publiceren we een digitaal magazine met meer inspirerende praktijkvoorbeelden en geleerde lessen. Indien u meer wilt weten, kunt u contact opnemen met uw transitieadviseur.
U stelt dat innovatie als vliegwiel gebruikt wordt en dat aanbieders 3 succesvolle initiatieven dienen te implementeren. Wat ons opvalt is dat de lijst van Digizo erg beperkt is, er geen voortgang lijkt te zijn (data uit 2024) en de GZ als sector niet is opgenomen. Daarnaast heeft Zilveren Kruis een eigen lijst met succesvolle initiatieven gepubliceerd die ook zeer beperkt in aantal is. Op welke wijze kan innovatie als vliegwiel gebruikt worden door aanbieders die als koploper al verder zijn in de ontwikkeling en implementatie van innovaties dan de huidige zeer beperkte lijst?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.

## Leeswijzer

Over dit hoofdstuk zijn geen vragen gesteld.

# 1. Een toekomstbestendige gehandicaptenzorg voor passende zorg aan onze klanten

## 1.1. De toegankelijkheid van zorg staat onder druk en dat heeft gevolgen voor de kwaliteit en betaalbaarheid

Vraag	Antwoord
<p>Naar verwachting wordt er in 2026 een korting doorgevoerd op de behandelcomponent in de tarieven.</p> <p>Wat is naar uw verwachting daarvan de invloed op de resultaten van de zorgaanbieders? Indien de verwachting een negatieve invloed is, op welke wijze gaat u daarmee rekening houden in uw zorginkoopbeleid?</p>	<p>Wij kunnen op voorhand géén uitspraken doen over de impact van deze eventuele korting. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de maximumtarieven. Het Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten op doelmatige wijze in te kopen binnen het budgettair kader. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. 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.</p>
<p>De betaalbaarheid van de zorg staat onder druk als gevolg van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voorgenomen bezuiniging op de behandelcomponent;</li> <li>- bezuiniging op basis van meerjarig contracteren;</li> <li>- herziening van de tarieven op basis van het kostprijsonderzoek met een verwacht nadelig effect voor de reguliere zorg;</li> <li>- een afslag op het richttariefpercentage voor de reguliere zorg;</li> <li>- een naar verwachting daling van het richttariefpercentage op grond van de jaarrekeningen over 2024.</li> </ul> <p>Bent u niet met mij van mening dat de hiervoor genoemde maatregelen een onevenredig grote druk leggen op de resultaten van de zorgaanbieders?</p>	<p>Op dit moment delen wij deze mening niet. Een deel van deze ontwikkelingen is op dit moment nog onzeker. De NZa is verantwoordelijk voor de vaststelling van maximumtarieven. Het Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten op doelmatige wijze in te kopen binnen het budgettair kader. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. 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.</p>

<p>Zo ja, wat is het beleid van Zilveren Kruis om de ongewenste stapeling van kortingen te voorkomen?</p> <p>Accepteert Zilveren Kruis een verschraving van de zorg die dan noodzakelijk is om de zorg betaalbaar te houden?</p> <p>Zo nee, hoe denkt Zilveren Kruis dat aanbieders aan deze stapeling het hoofd kunnen bieden?</p>	
---	--

## 1.2. Een betere toegang tot complexe en essentiële zorg in de regio

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 1.2.1 Hoog complexe en essentiële zorg krijgt een tariefopslag, maar we willen minder groei meerzorg</i>	
<p>De NZa is nog bezig met haar kostprijsonderzoek. Naar verwachting worden de resultaten van dit onderzoek verwerkt in de tarieven voor 2026. Niet denkbeeldig is dat de uitkomsten van het kostprijsonderzoek zullen leiden tot een verlaging van de tarieven voor de reguliere zorg en een verhoging van de tarieven voor de (hoog) complexe zorg.</p> <p>In bijlage 8 is sprake van zowel een afslag voor de reguliere zorg als een opslag voor de hoog complexe zorg. Op welke wijze houdt u in de afslagen en opslagen op het standaard richttariefpercentage rekening met de uitkomsten van het kostprijsonderzoek van de NZa?</p>	<p>Wanneer de definitieve resultaten van het kostprijsonderzoek van de NZa bekend zijn, zullen wij de impact hiervan doorrekenen. Daarin kijken we zowel naar de huidige op- als afslagen. De definitieve uitkomsten hiervan publiceren wij uiterlijk 5 september 2025.</p>
<p>U behoudt zich het recht voor om de opslag op de hoog complexe zorg te laten vervallen op grond van uitkomsten van het kostprijsonderzoek van de NZa.</p> <p>U meldt echter niets over het vervallen van de afslag op de reguliere zorg.</p> <p>Is het niet logisch om de voor de afslag op de reguliere zorg eenzelfde standpunt in te nemen?</p> <p>Wat zijn de argumenten die u gebruikt voor het antwoord op de hiervoor gestelde vraag?</p>	<p>Wanneer de definitieve resultaten van het kostprijsonderzoek van de NZa bekend zijn, zullen wij de impact hiervan doorrekenen. Daarin kijken we zowel naar de huidige op- als afslagen. De definitieve uitkomsten hiervan publiceren wij uiterlijk 5 september 2025.</p>
<p>Leidt het eventueel wel laten vervallen van een opslag op basis van het kostprijsonderzoek maar het niet laten vervallen van een afslag uitgaande van hetzelfde kostprijsonderzoek niet tot het meten met twee maten?</p> <p>Zo nee, waarom is dat naar uw mening niet het geval?</p>	<p>In onze analyse nemen we de effecten van zowel de opslagen als de afslagen mee. Een verschillende keuze t.a.v. de op- en afslagen kan gerechtvaardigd zijn op basis van de uitkomsten van het kostprijsonderzoek van de NZa voor de verschillende tarieven. Wij zijn niet van mening dat we in dat geval meten met twee maten. Ons definitieve besluit hierover publiceren wij uiterlijk 5 september 2025.</p>
<p>Er staat aangegeven dat de opslag op hoog specialistische zorg eventueel vervalt n.a.v. het</p>	<p>Zodra de hoogte van de nieuwe NZa tarieven bekend is, zullen wij het financiële effect voor</p>

kostprijsonderzoek. Wat zijn de criteria op basis waarvan dit besluit genomen wordt?	zorgaanbieders doorrekenen t.o.v. de huidige situatie waarin de opslag hoog complex geldt. Uit deze berekening zal blijken of het nog noodzakelijk is om de toeslag te blijven hanteren. Wij nemen ook de hoogte van het nieuwe richttariefpercentage daarin mee. Op 5 september 2025 communiceren wij over ons besluit.
Hoe wordt bepaald wat een passend tarief is?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
Hoe verhoudt een niet-passend tarief zich tot het laten vervallen van de opslag van hoog complex?	Wanneer de definitieve resultaten van het kostprijsonderzoek van de NZa bekend zijn, zullen wij de impact hiervan doorrekenen. Daarin kijken we zowel naar de huidige op- als afslagen. De definitieve uitkomsten hiervan publiceren wij uiterlijk 5 september 2025.
Kunt u aangeven met welke reden prestatie H950 het richttariefpercentage heeft en dat de prestaties midden en zwaar, respectievelijk H951 en H952, een afslag van 0,5% op het richttarief hebben?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
Voor de vervoersprestatie Z940-Z946 hanteert u een afslag van 0,5%. Wij maken bezwaar tegen deze afslag omdat de vervoerscomponent niet toereikend is. Om dagbesteding extern te kunnen blijven bieden is een (bijna) kostendekkend vervoerstarief nodig. Doordat dit in de huidige situatie niet zo is verzoeken wij u het RT% te hanteren zonder afslag, om zo dagbesteding bezoekbaar te houden voor jullie klanten.	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet. Aangezien het gaat om ongewijzigd beleid is het ook niet meer mogelijk om bezwaar aan te tekenen tegen deze afslag.

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 1.2.2 Gericht contracteren voor voldoende hoogcomplexere zorgplekken</i>	
Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld	

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 1.3.1 Zilveren Kruis zet in op zelfredzaamheid in de gehandicaptenzorg</i>	
Naar verwachting wordt per 1 januari 2026 de wet DOS ingevoerd. Kunt u toelichten wat de zorgaanbieders van Zilveren Kruis mogen verwachten om invulling te geven aan deze wet?	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 werken zij het beleid verder uit, dat wordt gepubliceerd zodra het is vastgesteld.
Kunt u concreet de acties en mogelijke financieringen aangeven die vanaf 2026 door Zilveren Kruis worden ingezet om invulling te geven aan 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 werken zij het beleid verder uit, dat wordt gepubliceerd zodra het is vastgesteld.

## 1.5 Tijdelijke impuls voor logeren in 2026- eenmalige vergoeding van 100% van het NZa-tarief

Vraag	Antwoord
Geldt dit ook voor DTV prestaties?	De 100% vergoeding van de logeerprestaties zijn alleen bedoeld voor de logeerprestaties. Deeltijd verblijf zijn andere prestaties waarvoor dit niet geldt.
Wij snappen de beweging "Van Zorg naar Gewoon Leven" en daarmee de eenmalige verhoging voor logeerszorg. Overweegt Zilveren Kruis ook een structurele verhoging voor de jaren na 2026 als de initiatieven tot onvoldoende impulsen hebben geleid?	De vergoeding van 100% van het NZa-tarief voor logeren betreft een eenmalige vergoeding voor 2026. Over hoe logeerszorg vorm zal krijgen in het inkoopbeleid 2027 e.v. kunnen wij op dit moment nog geen uitspraken doen.

## 2. Ruimte voor de regio

Over dit hoofdstuk zijn géén vragen gesteld.

## 3. we geven duidelijkheid over de bekostigingssystematiek en tariefpercentages

### 3.1 Het landelijk richttariefpercentage als uitgangspunt

Vraag	Antwoord
Naar verwachting wordt er in 2026 een korting doorgevoerd op de behandelcomponent in de tarieven. Wat is naar uw verwachting daarvan de invloed op de resultaten van de zorgaanbieders? Indien de verwachting een negatieve invloed is, op welke wijze gaat u daarmee rekening houden in uw zorginkoopbeleid?	De NZa is verantwoordelijk voor vaststelling van de maximumtarieven. Het Zorgkantoor heeft de wettelijke taak om zorg voor Wlz-klienten op doelmatige wijze in te kopen binnen het budgettair kader. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
Wordt bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz-kader 2026? Zo ja, op welke wijze wordt daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Nee, de berekening van het richttariefpercentage staat los van het beschikbare Wlz-kader.
Het richttariefpercentage 2025 GZ is 97,8%. Zoals bekend zal de rijksoverheid vanaf 2026 forse bezuinigingen doorvoeren, te weten:	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de maximumtarieven. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Taakstelling Wlz_behandeling</li> <li>– Meerjarige contracten met budgetafspraken</li> <li>– Doorontwikkeling kwaliteitskader</li> <li>– HLA: Versnellen opschaling digitale zorg in verpleeg- en gehandicaptenzorg</li> </ul> <p>In 2026 zal de bezuiniging op de langdurige zorg uitkomen op € 655 miljoen, wat voor zorginstellingen een verlaging van de NZa_tarieven van circa 3% betekent. Dit betekent voor zorginstellingen een forse impact op kwaliteit van zorg en bedrijfsvoering. Welke compensatie kunnen zorginstellingen vanuit de zorgkantoren in het richttariefpercentage verwachten om de impact van deze forse bezuiniging enigszins op te kunnen vangen?</p>	<p>organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor.</p>
<p>Er wordt aangegeven dat er pas uiterlijk 5 september duidelijkheid kan worden gegeven over het richttariefpercentage en pas daarna formeel bezwaar kan worden gemaakt. Voor de bedrijfsvoering en het opstellen van de begroting 2026 is het niet wenselijk dat dit zo laat bekend wordt gemaakt, zeker als blijkt dat het percentage naar beneden wordt bijgesteld. Is het mogelijk om in een eerder stadium al meer duidelijkheid te geven over de onderbouwing en ook de uiteindelijke hoogte van het richttariefpercentage?</p>	<p>Nee, dit is niet mogelijk. Op verzoek van zorgaanbieders wordt er gebruik gemaakt van de meest recente jaarrekeningen. De consequentie is dat we het richttariefpercentage pas op 5 september kunnen publiceren.</p>
<p>Als het richttariefpercentage 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 kunnen worden ingediend, die beantwoord zullen worden via een procedure Nota van Inlichtingen. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Het vaststellen van de manier waarop het richttariefpercentage tot stand komt, wordt toegelicht in bijlage 7. Hierover heeft u in juni 2025 vragen kunnen stellen. In september wordt puur de uitkomst van de rekensom gepubliceerd. Het kunnen stellen van vragen is dan niet aan de orde. U kunt in september bezwaar maken tegen zowel de hoogte van het richttariefpercentage als de onderbouwing.</p>
<p>In het inkoopbeleid staat "Het vaststellen van de richttariefpercentages 2026 doen we op dezelfde manier als waarmee de richttariefpercentages 2025 en 2024 zijn vastgesteld zoals aangegeven in de Nota van Wijziging 31 mei 2024 en bijlage 7". Wij gaan ervanuit dat voor de bepaling van het richttariefpercentage 2026 geen extra uitvraag wordt gedaan en dat dezelfde systematiek wordt gehanteerd voor de vaststelling van het richttariefpercentage 2025 en 2024. Is deze veronderstelling juist? Zo nee, waarom is hier niet voor gekozen?</p>	<p>Uw veronderstelling is correct.</p>
<p>Indien de NZa op grond van haar kostprijsonderzoek komt tot een verlaging van de tarieven voor reguliere zorg (o.a. VG3 en VG4) handhaaft u dan de afslag op het richttariefpercentage?</p>	<p>Wanneer de definitieve resultaten van het kostprijsonderzoek van de NZa bekend zijn, zullen wij de impact hiervan doorrekenen. Daarin kijken we zowel naar de huidige op- als afslagen. De</p>

Zo ja, wat zijn dan daarvoor uw argumenten?	definitieve uitkomsten hiervan publiceren wij uiterlijk 5 september 2025.
In paragraaf 3.2 staat dat Zilveren Kruis het tariefpercentage zorg voor 2025 op 05-09-2025 bekend maakt. Klopt het dat dit een typefout is en dat hier 2026 had moeten staan en dat het richttariefpercentage 2025 niet meer aan verandering onderhevig is?	Dit betreft inderdaad een typefout. Het richttariefpercentage 2026 wordt gepubliceerd op 05-09-2025

### 3.3 Tariefafspraken met bestaande GZ-zorgaanbieders voor de hoog complexe en essentiële zorg

Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.

### 3.6 We continueren afspraken met zorgaanbieders met een lager tariefpercentage

Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.

### 3.10 Tariefsystematiek voor zorgaanbieders die nog geen overeenkomst hebben met Zilveren Kruis

Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.

## 4. We blijven in dialoog over de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor onze klanten

### 4.5 Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon

Vraag	Antwoord
In het inkoopdocument is opgenomen dat zorgverzekeringsbedrijven conform Europese wetgeving moeten rapporteren. Daarbij is een van de belangrijkste uitgangspunten het minimaliseren of voorkomen van administratieve lasten. Kunt u in dat kader bevestigen dat eventuele benodigde metingen in 2026 voor alle zorgkantoren gelijk worden gehouden? Zodat een landelijke aanbieder niet per zorgkantoor andere gegevens moet aanleveren, wat tegenstrijdig zou zijn met het doel verminderen administratieve lasten?	Zorgkantoren werken binnen Zorgverzekeraars Nederland samen aan het landelijke CSRD-beleid. We streven ernaar om – indien zorgkantoren data moeten uitvragen – de uitvraag vanuit alle zorgkantoren op elkaar af te stemmen en zoveel mogelijk te uniformeren.  Zorgkantoren hebben inmiddels besloten over het jaar 2026 géén gegevens/data uit te vragen bij zorgaanbieders. Meer informatie, zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/">https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/</a>
Vóór 1 oktober 2025 wordt definitieve duidelijkheid gegeven over eventuele benodigde metingen gedurende 2026 voor CSRD-rapportages 2026. Betekent dit dat zorgaanbieders die benodigde metingen per 1 januari 2026 moeten kunnen uitvoeren of krijgen zorgaanbieders meer tijd om die benodigde	Zorgkantoren hebben inmiddels besloten over het jaar 2026 géén gegevens/data uit te vragen bij zorgaanbieders. Meer informatie, zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/">https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/</a>

<p>metingen inzichtelijk te maken? Wij willen hierbij al vooruitlopend op het bericht met definitieve duidelijkheid aangeven _ en verzoeken u om dit mee te nemen _ dat een reële deadline voor de eerste meting 1 juni 2026.</p>	<p>Dit betekent dat voor het jaar 2025 en 2026 geen aanvullende werkzaamheden nodig zijn ten behoeve van de CSRD-rapportage van Zorgkantoren.</p>
<p>Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon.</p> <p>In de toelichting op de CSRD-rapportage wordt aangegeven dat het uitgangspunt is om administratieve lasten voor zorgaanbieders te minimaliseren, onder andere door gebruik te maken van reeds beschikbare informatie. Als organisatie maken wij ons zorgen dat de implementatie van de CSRD op termijn toch kan leiden tot een aanzienlijke toename van administratieve lasten. Kunt u toelichten op welke wijze wordt geborgd dat deze lasten daadwerkelijk beperkt blijven, ook met het oog op toekomstige rapportageverplichtingen? Daarnaast horen wij graag hoe zorgaanbieders structureel worden betrokken bij het bepalen van de benodigde dataverzameling en meetmethoden.</p>	<p>Zorgkantoren streven ernaar om de administratieve lasten voor zorgaanbieders als gevolg van de CSRD-rapportageverplichting te minimaliseren. Om dit te borgen, werken de zorgkantoren gezamenlijk samen binnen Zorgverzekeraars Nederland. Daarbij streven we ernaar om – als een uitvraag noodzakelijk is – deze vanuit alle zorgkantoren op elkaar af te stemmen en zoveel mogelijk te uniformeren.</p> <p>Het is nog niet duidelijk of, en op welke wijze, zorgaanbieders worden betrokken bij het bepalen van de benodigde data. De noodzakelijke data is afhankelijk van de uitkomsten van de analyse van dubbele materialiteit, die jaarlijks door de zorgkantoren wordt uitgevoerd.</p> <p>Zorgkantoren zullen zoveel mogelijk willen aansluiten bij bestaande initiatieven bij het bepalen van de benodigde dataverzameling en meetmethoden. Ze zullen in dit proces de brancheverenigingen betrekken, en indien nodig, pilotgroepen van zorgaanbieders inschakelen.</p> <p>Zorgkantoren hebben inmiddels besloten over het jaar 2026 géén gegevens/data uit te vragen bij zorgaanbieders. Meer informatie, zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/">https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/</a></p>
<p>In het kader van administratieve lastenverlichting hebben zorgaanbieders afspraken gemaakt met het zorgkantoor. De volgende opmerking is voor ons daarom wel een punt van zorg: "Vóór 1 oktober 2025 geven we definitieve duidelijkheid over eventuele benodigde metingen gedurende 2026 voor onze CSRD_rapportages 2026" Het is voor ons lastig om in te schatten wat hieruit voort gaat komen. Kunnen jullie dit verduidelijken door wat jullie hier verwachten dat er gedaan moet worden aan metingen? Implementatie op 1 januari bij bekendmaking op 1 oktober is heel kortdag.</p>	<p>Zorgkantoren hebben inmiddels besloten over het jaar 2026 géén gegevens/data uit te vragen bij zorgaanbieders. Meer informatie, zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/">https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/</a></p>
<p>Vóór 1 oktober 2025 geven we definitieve duidelijkheid over eventuele benodigde metingen gedurende 2026 voor onze CSRD-</p>	<p>Zorgkantoren hebben inmiddels besloten over het jaar 2026 géén gegevens/data uit te vragen bij zorgaanbieders. Meer informatie, zie link:</p>

<p>rapportages 2026: Hoe wordt er in de besluitvorming rekening gehouden met de implementatietermijn om eventuele wijzigingen zorgvuldig te implementeren?</p>	<p><a href="https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/">https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/</a></p> <p>Zorgkantoren moeten hun CSRD-rapportages over 2026 eind 2026 gereed hebben, zodat deze begin 2027 kunnen worden opgeleverd/vastgesteld. We kunnen op voorhand geen uitspraken doen over deadlines voor het aanleveren van data. De verwachting is dat (indien er een data uitvraag nodig is voor een bepaald jaar) deze in de loop van het jaar waarover data wordt uitgevraagd zal plaatsvinden.</p> <p>Bijvoorbeeld: een data uitvraag over het jaar 2026 zal waarschijnlijk plaatsvinden in Q3 of Q4 van 2026.</p>
<p>In de aanvullende inkoopvoorwaarden 2026 van ZN over duurzaamheid/CSRD staat: “Zorgkantoren gaan geen aanvullende gegevens uitvragen bij zorgaanbieders voor de CSRD rapportage over 2025. Vóór 1 oktober 2025 geven we definitieve duidelijkheid over eventuele benodigde metingen gedurende 2026 voor onze CSRD-rapportages 2026.” Ook wordt aangegeven dat één van de belangrijke uitgangspunten is “het minimaliseren of voorkomen van administratieve lasten”.</p> <p>a. Kunt u bevestigen dat u geen aanvullende acties van zorgaanbieders vereist die méér of extra vragen dan volgt uit wetgeving/ een verplichtend karakter heeft? Zo nee, waarom niet?</p> <p>b. Het verschaffen van duidelijkheid over eventuele benodigde metingen gedurende 2026 voor de CSRD-rapportages 2026 betekent een aanvulling op het Wlz inkoopbeleid 2026, immers het betreft beleid over wat zorgkantoren van zorgaanbieders verlangen. 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>c. Onze organisatie is niet CSRD plichtig. Wij kunnen op voorhand niet toezeggen aan rapportage op alle benodigde metingen te kunnen voldoen en rapporteren op onze eigen manier over duurzaamheidsprestaties. We gaan ervan uit dat we hiermee voldoen aan de</p>	<p>Zorgkantoren houden zich bij een eventuele toekomstige data uitvraag aan geldende wet- en regelgeving en zullen enkel indien nodig voor het verantwoorden in eigen CSRD rapportage, data uitvragen die noodzakelijk is om deze rapportage te vullen.</p> <p>Zorgkantoren hebben inmiddels besloten over het jaar 2026 géén gegevens/data uit te vragen bij zorgaanbieders. Meer informatie, zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/">https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/</a></p> <p>Uw vraag gesteld onder punt b is niet relevant omdat zorgkantoren geen uitvraag doen. We beantwoorden dit deel van de vraag om deze reden niet.</p> <p>Of uw eigen wijze van rapporteren over duurzaamheidsrapportages voldoet aan de verwachtingen van uw Zorgkantoor kan niet worden beantwoord. Indien gegevens/data worden opgevraagd, dienen deze te voldoen aan de eisen die het zorgkantoor daaraan stelt.</p>

<p>eventuele verwachtingen van het Zorgkantoor. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet?</p>	
<p>In de aanvullende inkoopvoorwaarden 2026 van ZN over duurzaamheid/CSRD staat: Zorgkantoren gaan geen aanvullende gegevens uitvragen bij zorgaanbieders voor de CSRD rapportage over 2025. Vóór 1 oktober 2025 geven we definitieve duidelijkheid over eventuele benodigde metingen gedurende 2026 voor onze CSRD-rapportages 2026. dat één van de belangrijke uitgangspunten is het minimaliseren of voorkomen van administratieve.</p>	<p>Wij zien dat u een passage overgenomen hebt maar geen vraag aan de Zorgkantoren stelt. Wij nemen uw vraag om deze reden niet in behandeling.</p>
<p>Kan bevestigd worden dat er geen aanvullende werkzaamheden binnen de GZ-instelling nodig zijn ten behoeve van de CSRD-rapportage van het zorgkantoor? Er is aangegeven dat er geen aanvullende gegevens worden uitgevraagd voor de CSRD-rapportage. Tegelijkertijd is benoemd dat er vóór 1 oktober duidelijkheid komt over eventuele benodigde metingen. Wij willen daarom graag bevestigd krijgen dat er – in aanloop naar deze rapportage – geen extra acties of inspanningen vanuit de GZ-instelling verwacht worden.</p>	<p>Zorgkantoren hebben inmiddels besloten over het jaar 2026 géén gegevens/data uit te vragen bij zorgaanbieders. Meer informatie, zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/">https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/</a></p> <p>Dit betekent dat voor het jaar 2025 en 2026 geen aanvullende werkzaamheden nodig zijn ten behoeve van de CSRD-rapportage van Zorgkantoren.</p>
<p>In hoeverre wordt rekening gehouden met cumulatieve administratieve lasten bij combinatie van GP's, duurzaamheidseisen, CSRD en rapportageverplichtingen?</p>	<p>We begrijpen dat de verschillende rapportageverplichtingen veel kunnen vragen van zorgaanbieders. Om deze reden proberen Zorgkantoren de uitvraag te beperken en indien wij door wet- en regelgeving verplicht zijn data uit te vragen dit gelijkgericht tussen Zorgkantoren te doen.</p> <p>Zorgkantoren hebben inmiddels besloten over het jaar 2026 géén gegevens/data uit te vragen bij zorgaanbieders. Meer informatie, zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/">https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/</a></p>
<p>Kunt u toelichten hoe deze metingen zich verhouden tot het genoemde uitgangspunt van het minimaliseren of voorkomen van administratieve lasten voor zorgaanbieders?</p>	<p>Zorgkantoren zijn door wetgeving verplicht een CSRD-rapportage op te stellen. Het uitgangspunt van het minimaliseren of voorkomen van administratieve last vormt de basis voor de besluiten om over de jaren 2024 en 2025 geen data uit te vragen.</p> <p>Zorgkantoren werken binnen Zorgverzekeraars Nederland samen aan het landelijke CSRD-beleid. We streven ernaar om – indien zorgkantoren data</p>

	<p>moeten uitvragen – de uitvraag vanuit alle zorgkantoren op elkaar af te stemmen en zoveel mogelijk te uniformeren.</p> <p>Zorgkantoren hebben inmiddels besloten over het jaar 2026 géén gegevens/data uit te vragen bij zorgaanbieders. Meer informatie, zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/">https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/</a></p>
<p>Hoe wordt het evenwicht bewaakt tussen de noodzaak tot ketenbrede rapportage en de belofte om administratieve lasten voor zorgaanbieders te minimaliseren?</p>	<p>Zorgkantoren zijn door wetgeving verplicht een CSRD-rapportage op te stellen. Het uitgangspunt om administratieve lasten te minimaliseren of te voorkomen vormt de basis voor de besluiten om voor de jaren 2024 en 2025 geen data uit te vragen.</p> <p>Zorgkantoren werken binnen Zorgverzekeraars Nederland samen aan het landelijke CSRD-beleid. We streven ernaar om – indien zorgkantoren data moeten uitvragen – de uitvraag vanuit alle zorgkantoren op elkaar af te stemmen en zoveel mogelijk te uniformeren.</p> <p>Om de balans te bewaken, streven Zorgkantoren ernaar om enkel data uit te vragen als deze niet uit openbare bronnen kan worden gehaald en strikt noodzakelijk is om aan de, vanuit wetgeving voortvloeiende, CSRD-rapportageverantwoordelijkheid te voldoen.</p> <p>Zorgkantoren hebben inmiddels besloten over het jaar 2026 géén gegevens/data uit te vragen bij zorgaanbieders. Meer informatie, zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/">https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/</a></p>
<p>Voor de CSRD- rapportage over 2025 worden geen aanvullende gegevens uitgevraagd. Wel staat beschreven dat vóór 1 oktober 2025 duidelijkheid wordt gegeven over eventuele metingen die in 2026 nodig zijn. Kunt u toelichten wat er precies wordt bedoeld met ‘metingen’?</p>	<p>Met metingen wordt bedoeld het vergaren van data om de CSRD-rapportage op te stellen.</p>
<p>U geeft aan dat a.g.v. de Europese CSRD er gerapporteerd dient te worden over de impact van activiteiten op mens en milieu. Hoe dat er voor 2025 precies uit gaat zien laat u voor 1 oktober 2025 weten. Gezien de zorgaanbieders pas na sluiting van deze NvI-ronde worden geïnformeerd hierbij aan u de vraag op welke</p>	<p>Zorgkantoren hebben inmiddels besloten over het jaar 2026 géén gegevens/data uit te vragen bij zorgaanbieders. Meer informatie, zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/">https://www.zn.nl/dossier/duurzaamheid/crsd-corporate-sustainability-reporting-directive/</a></p>

wijze we nog aanvullende vragen over dit onderwerp kunnen stellen.

## 5. Zilveren Kruis contracteert zorg in natura in de GZ

### 5.8 Samen houden we de Meerzorgregeling toegankelijk en betaalbaar

Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.

#### 5.15 We kopen de nieuwe prestatie VG7+ per 1-1-2026 in bij zorgaanbieders die aan alle voorwaarden voldoen

Vraag	Antwoord
In het inkoopdocument schrijft u "Alleen als aan al deze voorwaarden is voldaan en het zorgkantoor goedkeuring heeft gegeven dat de betreffende zorgaanbieder VG7+ zorg mag leveren, kan de VG7+ worden gedeclareerd." Met het oog op administratieve lasten gaan wij ervanuit dat het zorgkantoor een zorgaanbieder goedkeuring geeft om VG7+ te mogen leveren goedkeuring op organisatieniveau. Kunt u dit bevestigen?	Wij geven inderdaad goedkeuring per zorgaanbieder per zorgkantoorregio om VG7+ te mogen leveren en declareren.
In het inkoopdocument schrijft u "Meerzorg is alleen in uitzonderlijke situaties mogelijk". Wat verstaat het zorgkantoor onder 'uitzonderlijke situaties' waarin meerzorg bij VG7+ mogelijk is?	Dat kunnen wij op voorhand nog niet aangeven. Dit is per casus verschillend. Wij gaan graag in gesprek met de zorgaanbieder wanneer zij van mening zijn dat er meerzorg in die uitzonderlijke situatie nodig is.
Het meerzorgbeleid 2026 wordt in Q3 2025 gepubliceerd. Kunt u een concrete datum noemen? Krijgen zorgaanbieders de mogelijkheid om vragen te stellen hierover? Verzoek om hiervoor (ook m.h.o.o. de zomerperiode) een termijn te hanteren van 4 weken na publicatie.	Wij hebben hiervoor nog geen concrete datum, maar verwachten dat dit in september zal zijn. Wij betrekken VGN bij het opstellen van het meerzorgbeleid. Bij eventuele vragen kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.
Een deel van de VG7 populatie is zwaarder dan de VG7+ beschrijving. Meerzorg zal (in elk geval) nodig blijven voor een begeleidingsintensiteit van 1 op 1 en 1 op 2. Bent u zich ervan bewust dat deze cliënten in VG7 zullen blijven?	We begrijpen dat de beschreven situatie zich voor kan doen bij de VG7+ doelgroep. Op basis van een goede onderbouwing van deze extra inzet kunnen we kijken of er sprake is van een uitzonderlijke situatie en daarmee van een aanvraag meerzorg, waarbij doel is de begeleidingsintensiteit af te bouwen. U leest hier meer over in het in Q3 te publiceren meerzorgbeleid.

<p>In het inkoopdocument geeft u het volgende aan: "Beschikkingen (voor meerzorg) voor deze cliënten (VG7+) zullen slechts met een zeer tijdelijk karakter worden afgegeven. " Wat wordt verstaan onder een zeer tijdelijk karakter?</p>	<p>Dat zal waarschijnlijk maximaal 6 maanden tot 1 jaar zijn. We kunnen dit nog niet precies aangeven, omdat dit mede afhankelijk is van de specifieke reden waarom meerzorg wordt aangevraagd.</p>
<p>Wat is de procedure en de doorlooptijd van het beoordelingstraject voor goedkeuring om VG7+ te mogen leveren?</p>	<p>Zorgkantoren werken deze procedure nog uit. Zorgaanbieders ontvangen uiterlijk 24 oktober 2025 een terugkoppeling over de afspraken over VG7+.</p>
<p>In het inkoopdocument schrijft u "In 2026 worden de ervaringen met de prestatie VG7+ van zorgaanbieders en zorgkantoren gemonitord.". Wie gaat precies wat monitoren, en op welke manier? Wat betekent dit voor administratieve lasten voor aanbieders? Kunnen we ervanuit gaan dat u op ZN niveau de monitoring, beoordeling en eventuele aanpassing van de voorwaarden in het kader van VG7+ zult doen, in samenwerking met VGN?</p>	<p>De zorgkantoren werken nog uit hoe en wat we gaan monitoren. Dit zal op uniforme wijze gebeuren en stemmen we af met VGN.</p>
<p>Uitgangspunt van de nieuwe VG7+ prestatie is een meer passend en kostendekkende prestatie(beschrijving) voor deze doelgroep. Welke maatregelen neemt het zorgkantoor om te voorkomen dat bij een gelijkblijvende zorgvraag de VG7+ toekenning leidt tot een verslechtering in bekostiging uitgaande van de VG7 met meerzorg?</p>	<p>De NZa stelt op basis van kostenonderzoek een kostendekkend tarief vast. Dit tarief is het uitgangspunt voor de bekostiging van het VG7+ profiel. Het financiële effect wordt onderdeel van de monitoring. Indien dit tot ongewenste situaties leidt, kunt u dit bespreken met uw zorginkoper.</p>
<p>Het meerzorgbeleid wordt in Q3 gepubliceerd. Komt hierbij de gelegenheid tot stellen van vragen via een NvI? Zo nee, hoe denkt u de meerzorgregeling passend en juist af te spreken?</p>	<p>Wij betrekken VGN bij het opstellen van het meerzorgbeleid. Voor eventuele vragen kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.</p>
<p>In het inkoopbeleid staat dat de prestatiebeschrijving VG7+ van het Nza nog niet definitief is. We weten hiermee als zorgaanbieder dus niet waar we mee akkoord gaan ten tijde van de inschrijving in VECOZO Hoe wordt omgegaan met de tijdslijn van invoering ivm het aanpassen van interne processen en hoe wordt omgegaan met een eventueel ontstaan nadelig financieel effect. Dit kan nu niet voor inschrijving in beeld worden gebracht. Is daarmee het risico volledig voor de zorgaanbieder?</p>	<p>De NZa publiceert de beleidsregel op of kort na 1 juli. U weet dus op het moment van inschrijving de inhoud van de prestatiebeschrijving en het tarief. Zorgaanbieders ontvangen uiterlijk 24 oktober 2025 een terugkoppeling over de afspraken over VG7+.</p> <p>De NZa stelt op basis van kostenonderzoek een kostendekkend tarief vast. Dit tarief is het uitgangspunt voor de bekostiging van het VG7+ profiel. Het financiële effect wordt onderdeel van de monitoring. Indien dit tot ongewenste situaties leidt, kunt u dit bespreken met uw zorgkantoor.</p>

<p>Hoe wordt omgegaan met cliënten met een meerzorg indicatie waarvoor de VG7+ niet toereikend is. Wordt gegarandeerd dat het huidige meerzorgbudget in 2026 gehandhaafd blijft in de vorm van VG7+ en/of aanvullende meerzorg.</p>	<p>De NZa stelt op basis van kostenonderzoek een kostendekkend tarief vast. Het uitgangspunt is dat dit tarief voor de meeste VG7+ zorg toereikend is. Alleen in uitzonderlijke situaties is het mogelijk om meerzorg aan te vragen en dit te bespreken met uw zorginkoper.</p>
<p>In het meerzorgsjabloon worden de VG7 uren in mindering gebracht. Wordt dit aangepast naar aanleiding van de VG 7+? Is al bekend hoeveel uur de VG7+ bevat. En vraagt die hiermee om een heraanvraag van de meerzorg? Dit zou leiden tot een grote administratieve druk.</p>	<p>Wij werken dit uit als onderdeel van het in Q3 te publiceren Meerzorgbeleid. In beginsel gaan zorgkantoren ervan uit dat er bovenop de VG7+ geen structurele Meerzorg nodig is. Het zal gaan om incidentele gevallen.</p>
<p>Kunt u (in het meerzorgbeleid 2026) het begrip maatwerkaanvraag toelichten? En wat is de relatie tussen een maatwerkaanvraag en het maatwerk meerzorgprofiel?</p>	<p>De zorgkantoren zullen de komende periode de impact van de nieuwe prestatie VG7+ op het huidige meerzorgbeleid nader uitwerken. Hierin zal ook de relatie tussen een maatwerkaanvraag en het maatwerk meerzorgprofiel worden meegenomen.</p>
<p>Komt er een contactpersoon of team binnen het zorgkantoor voor vragen en overleg over VG7+?</p>	<p>Ieder zorgkantoor maakt zelf een afweging op welke wijze de vragen en het overleg over VG7+ te organiseren en zal daar de zorgaanbieders over informeren.</p>
<p>Hoe kijken jullie naar zorgaanbieders die geen homogene groep VG7+ in huis hebben maar wel cliënten met Moeilijk Verstaanbaar Gedrag met een andere grondslag dan VG maar wel hoogcomplexere zorg?</p>	<p>Voor de VG7+ doelgroep gelden nadrukkelijk de voorwaarden zoals omschreven in de NZa-prestatiebeschrijving. Wij nodigen u uit om signalen over dergelijke doelgroepen te delen met uw zorginkoper.</p>
<p>Het meerzorgbeleid wordt in Q3 2025 gepubliceerd en toch doet u al uitspraken over (geen mogelijkheid tot) meerzorg in kader van VG7+. Kunt u dit uitleggen?</p>	<p>De nieuwe prestatie VG7+ beoogt een passende oplossing te bieden voor een doelgroep binnen de VG7, waarvoor nu veelal structureel meerzorg werd aangevraagd. Met de tariefstelling VG7+ is hier rekening mee gehouden. Daarom verwachten we dat meerzorg alleen nog in uitzonderlijke situaties nodig is bovenop de VG7+. Wat precies de uitgangspunten worden en hoe het proces wordt ingericht wordt nog nader uitgewerkt. Dit leggen wij vast in het in Q3 te publiceren Meerzorgbeleid.</p>
<p>In de uitvraag voor 7VG wordt gewerkt met de groepsvoorwaarde. Hierbij kan een cliënt niet in aanmerking komen voor VG7+ als er één cliënt met een ander zorgprofiel dan 7VG op de locatie verblijft. Is het mogelijk om hierbij een uitzondering te maken voor locaties waar naast 7VG ook cliënten met een 5GGZW, 3LVG of 4LVG_indicatie verblijft. Deze zijn qua zorgzwaarte vergelijkbaar met 7VG?</p>	<p>Om in aanmerking te komen voor VG7+ dient aan alle voorwaarden van de beleidsregel te worden voldaan. Zorgkantoren inventariseren afwijkende situaties om te oordelen of passende afspraken gemaakt moeten worden. Als deze situatie zich voordoet kunt u dit bespreken met uw zorgkantoor.</p>

Blijft meerzorg in combinatie met VG8 prestatie mogelijk?	Dat blijft mogelijk.
De publicatie van het beleid VG7+ wordt pas 1 juli verwacht, terwijl wij voor 1 juli de vragen moeten stellen. Volgt er na de publicatie van dit beleid opnieuw een mogelijkheid tot vragen stellen, gezien de impact van dit beleid?	De zorgkantoren hebben het beleid VG7+ gepubliceerd op 28 mei 2025. Dit beleid is onder voorbehoud van de publicatie van de definitieve beleidsregel door de NZa. Het is niet mogelijk om over deze beleidsregel vragen te stellen aangezien deze door de NZa wordt vastgesteld.
De publicatie van het meerzorgbeleid wordt in Q3 verwacht. De inschrijving moet uiterlijk 31 juli. Welke mogelijkheid heeft een zorgaanbieder om daarop te reageren en vragen te stellen?	Wij stemmen het meerzorgbeleid met VGN af. Voor eventuele vragen kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.
In het inkoopbeleid wordt aangegeven dat VG7+ voorliggend is aan VG7 met meerzorg. Een voorwaarde in de Concept Prestatiebeschrijving vg7plus van de Nza is dat er in de (groeps)woning van de cliënt uitsluitend cliënten met een indicatie voor zorgprofiel vg7 wonen. Hoe gaat het zorgkantoor om met cliënten die nu VG7 met meerzorg hebben en samenwonen met cliënten met een ander intensief zorgprofiel waardoor zij niet in aanmerking komen voor VG7+?	In het genoemde voorbeeld wordt als gevolg van de groepsindeling niet voldaan aan alle voorwaarden voor het leveren van VG7+. De VG7 met meerzorg blijft voor deze cliënten in stand.
Er wordt aangegeven dat Meerzorg bij VG7+ alleen in uitzonderlijke situaties mogelijk is. We zijn bij het kostenonderzoek betrokken geweest en daar is expliciet benoemd dat VG7+ in combinatie met Meerzorg gewoon mogelijk bleef. Kunt u uitleggen wat de achter liggende motivatie van deze keuze is?	Wij gaan ervanuit dat de nieuwe VG7+ prestatie voor een groot deel de huidige gefinancierde meerzorg omvat voor deze cliënten. Meerzorg blijft inderdaad mogelijk, maar wij verwachten dat dat alleen in uitzonderlijke situaties voor zal komen.
Indien meerzorg bij VG7+ noodzakelijk is, worden beschikkingen slechts met een zeer tijdelijk karakter afgegeven. Als er een meerzorgaanvraag gedaan wordt en er dus perspectief is, kan meerzorg aangevraagd worden. Een eventuele beschikking kan slechts met een zeer tijdelijk karakter worden afgegeven. Wat betekent in deze zin een zeer tijdelijk karakter?	Dat zal waarschijnlijk maximaal 6 maanden tot 1 jaar zijn. We kunnen dit nog niet precies aangeven, omdat dit mede afhankelijk is van de specifieke reden waarom meerzorg wordt aangevraagd.
Meerzorgaanvragen boven op een VG7+ kunnen alleen in uitzonderlijke situaties als maatwerk aanvraag in behandeling. Maatwerk suggereert dat je niet in profiel 1 t/m 6 past of zijn er geen profielen in VG7+?	Er zijn geen profielen in VG7+.

Als VG7+ voorliggend is van VG7 met Meezorg. Wat gebeurt er met de huidige lopende beschikkingen van cliënten die in aanmerking komen voor VG7+?	<p>Meezorgbeschikkingen van VG7 cliënten die behoren tot de VG7+ doelgroep en waarvan de financiering via het VG7+ tarief gaat lopen (in plaats van VG7 met meezorg) worden in overleg met de zorgaanbieder beëindigd.</p> <p>We gaan ervanuit dat net als bij het aanvragen van meezorg, zorgaanbieders dit afstemmen met de betreffende cliënt.</p> <p>Zorgkantoren werken het proces hoe we dit gaan uitvoeren nog uit. Zorgaanbieders worden hierover nader geïnformeerd in het nog te ontwikkelen meezorgbeleid.</p>
Zorgkantoren beschouwen de VG7+ prestatie in beginsel als voorliggend op de VG7 met meezorg. Wat betekent de term voorliggend in deze?	Dit betekent dat eerst wordt overwogen of de VG7+ prestatie van toepassing is, alvorens er meezorg op VG7 aangevraagd wordt. Wanneer de cliënt en zorgaanbieder aan de voorwaarden van VG7+ voldoen, is VG7+ dus het uitgangspunt.
<p>Is onze aanname juist dat bij de huidige VG 7 meezorgcliënten de meezorg gaat verdwijnen aangezien de VG7+ bovenliggend is t.o.v. het product meezorg?</p> <p>Mocht deze aanname juist dan heeft dit ernstige consequenties voor de zorginzet van de huidige meezorgcliënten die mogelijk niet in aanmerking komen voor de VG7+ aangezien daarvoor op alle criteria moet scoren. Je kunt namelijk op enkele criteria hoog scoren die nu een meezorg verantwoorden maar mogelijk op enkele niet waardoor je niet in aanmerking komt voor de VG7+.</p>	<p>Dat is juist voor die cliënten die voldoen aan de VG7+ prestatie en die verblijven op een woonplek die voldoet aan de VG7 context bij een zorgaanbieder die VG7+ zorg mag leveren.</p> <p>Voor VG7 cliënten die niet voldoen aan de prestatiebeschrijving en/of voor zorgaanbieders waarmee géén afspraak wordt gemaakt voor VG7+, blijft de optie om meezorg aan te vragen bovenop de VG7 bestaan.</p>
Meezorgregeling zien we ook bij andere indicaties zoals VG5 en 8. Gaat hierbij de mogelijkheid tot meezorg net als bij de VG7 ook verdwijnen?	De meezorgmogelijkheid gaat niet verdwijnen voor de VG5 en VG8. Ook niet voor de VG7, dit blijft in bepaalde situaties mogelijk.
Op basis van welke gegevens beoordeelt het Zorgkantoor of een cliënt en organisatie geschikt zijn voor VG7+? Is dit alleen de nog te publiceren Beleidsregels of hanteren zorgkantoren hiervoor aanvullende criteria?	De criteria zijn gebaseerd op de criteria genoemd in de prestatiebeschrijving van de NZa beleidsregel.
Wat gebeurt er in 2026 als een organisatie deels voldoet aan VG7+, maar nog niet volledig? Is er dan tijdelijk overgangsbeleid?	<p>Er is geen overgangsbeleid. Als een zorgaanbieder nog niet volledig voldoet aan de voorwaarden om VG7+ te leveren, dan continueren we de bestaande financieringsafspraken.</p> <p>Op het moment dat de zorgaanbieder wel voldoet aan de voorwaarden om VG7+ te leveren, wordt</p>

	<p>een datum afgesproken met ingang waarvan het VG7+ tarief gedeclareerd wordt. Dat kan ook gedurende het jaar.</p>
<p>Hoe ziet het proces en doorlooptijd (planning) van 'goedkeuring' VG7+ eruit?</p>	<p>Zorgkantoren werken de procedure nog uit. Zorgaanbieders ontvangen uiterlijk 24 oktober 2025 een terugkoppeling over de afspraken over VG7+.</p>
<p>Op welke wijze zorgt het zorgkantoor ervoor dat de administratieve lasten (zorgaanbieder en zorgkantoor) voor dit nieuwe traject tot een minimum worden beperkt?</p>	<p>Met de komst van de prestatie VG7+ is de verwachting dat administratieve lasten worden beperkt, doordat er minder meerzorgaanvragen nodig zijn. Daarnaast zullen wij voor het beoordelen of een zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor VG7+ proberen de administratieve lasten te beperken door gebruik te maken van informatie die al bekend is.</p>
<p>Wat is de impact op bestaande VG7 beschikkingen bij overgang naar VG7+? Wordt dit automatisch aangepast of op aanvraag?</p>	<p>Meerzorgbeschikkingen van VG7 cliënten die behoren tot de VG7+ doelgroep en waarvan de financiering via het VG7+ tarief gaat lopen (in plaats van VG7 met meerzorg) worden in overleg met de zorgaanbieder beëindigd.</p> <p>We gaan ervan uit dat net als bij het aanvragen van meerzorg, zorgaanbieders dit afstemmen met de betreffende cliënt.</p> <p>Zorgkantoren werken het proces hoe we dit gaan uitvoeren nog uit. Zorgaanbieders worden hierover nader geïnformeerd in het nog te ontwikkelen meerzorgbeleid.</p>
<p>Meerzorg is bij VG7+ alleen in uitzonderlijke situaties mogelijk. Bij de cliënten groepen waar VG7+ van toepassing is, hebben we ook vaak te maken met maatwerk meerzorg. Betekent deze uitspraak dat deze cliënten daarmee niet in aanmerking komen voor VG7+?</p>	<p>Wanneer een cliënt en de geboden context door de zorgaanbieder voldoen aan de voorwaarden in de prestatiebeschrijving VG7+, is de VG7+ voorliggend op de huidige situatie (in dit geval VG7 met maatwerk meerzorg). De huidige meerzorgaanvraag wordt in dat geval overleg met de zorgaanbieder beëindigd. We gaan ervan uit dat net als bij het aanvragen van meerzorg, zorgaanbieders dit afstemmen met de betreffende cliënt. Alleen in uitzonderlijke situaties is het mogelijk om bij VG7+ meerzorg aan te vragen.</p>
<p>2026 wordt bestempeld als ingroeijaar voor VG7+. Betekent dit ook dat hierover gedurende het jaar de inzichten kunnen wijzigen en daarmee ook de afspraken (uitbreiding of inkrimping groep VG7+, definities en tarief)?</p>	<p>Met ingroei-jaar wordt bedoeld dat we in 2026 ervaringen opdoen die mogelijk in 2027 of latere jaren tot aanpassingen kunnen leiden. Dit geldt voor de definities en het tarief. Het is gedurende het jaar wel mogelijk om het volume van de VG7+ doelgroep in overleg met het zorgkantoor te wijzigen.</p>

<p>Het meerzorgbeleid 2026 wordt in Q3 2025 gepubliceerd, welke impact heeft dat op de inschrijving voor VG7+, hoe kunnen we hierop bezwaar maken?</p>	<p>We verwachten dat zorgaanbieders op het moment van inschrijving over voldoende informatie beschikken om te beoordelen of zij in aanmerking willen komen voor een afspraak voor VG7+. Indien er nog onduidelijkheden blijven bestaan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Wordt er gewerkt aan een uniforme en vereenvoudigde rapportagestructuur voor alle vormen van toeslagen?</p>	<p>Deze vraag is niet relevant, aangezien het VG7+ beleid geen toeslagen bevat.</p>
<p>Als organisatie verlenen wij zorg aan de VG7 doelgroep. Mocht een zorgaanbieder niet toegelaten worden tot het leveren van de VG7+ prestatie, blijft het dan mogelijk de VG7 prestatie te declareren in combinatie met meerzorg?</p>	<p>Dat blijft mogelijk als inderdaad blijkt dat de zorgaanbieder niet aan de voorwaarden voldoet.</p>
<p>Als een zorgaanbieder niet toegelaten wordt tot het leveren van VG7+ en de prestatie VG7 is niet meer toereikend, wat wordt dan de volgende stap? Verwijzing naar een zorgaanbieder die VG7+ levert of VG7 in combinatie met meerzorg?</p>	<p>Dat zal mede afhangen van het antwoord op de vraag of de zorgvraag van de cliënt voldoet aan het VG7+ profiel. In die situatie kan het nodig zijn om doorstroom naar een zorgaanbieder waar de zorg in de juiste VG7+ context geboden kan worden, te overwegen. Als dit niet nodig is, dan kan een meerzorgaanvraag worden ingediend aanvullend op VG7.</p>
<p>Is er al duidelijkheid of VG7+ een prestatie of toeslag wordt en welke effecten heeft dit op het opgestelde beleid?</p>	<p>De VG7+ wordt een nieuwe NZa prestatie. Dit hebben wij al meegenomen in het opgestelde beleid.</p>
<p>Om een meerzorgplafond af te kunnen spreken is voldoende tijd nodig voor duiding van het nieuwe meerzorgbeleid 2026. Kunt u ervoor zorgen dat er minimaal 4 weken zitten tussen het moment van publiceren van meerzorgbeleid 2026 en het inkoopgesprek waarin de meerzorgplafond afspraken gemaakt worden?</p>	<p>Het meerzorgbeleid 2026 wordt alleen aangepast naar aanleiding van de prestatie VG7+ en in Q3 2025 gepubliceerd. Wij kunnen niet garanderen dat er minimaal 4 weken zitten tussen deze publicatie en het inkoopgesprek. De prestatiebeschrijving in de NZa-beleidsregel is echter het uitgangspunt voor de beoordeling of een cliënt onder VG7+ valt of niet. Deze informatie is naar verwachting vóór publicatie van het meerzorgbeleid bij u bekend.</p>
<p>Hoe en in hoeverre wordt het Meerzorgplafond aangepast bij een VG7+ prestatie?</p>	<p>Indien wij met een zorgaanbieder afspraken maken over VG7+, wordt het meerzorgplafond aangepast. De extra kosten van de zorg voor deze groep klanten worden niet meer via meerzorg betaald. Het vaststellen van het plafond zal voor deze zorgaanbieders daarom plaatsvinden op basis van declaraties in 2025, de te verwachte ontwikkelingen én het verwacht aantal klanten dat binnen het profiel van VG7+ zal worden gefinancierd.</p>

Hoe wordt op een uniforme en transparante manier vastgesteld of een cliënt in aanmerking komt voor de VG7+ prestatie?	Het is aan de zorgaanbieder om te beoordelen of een cliënt voldoet aan de cliëntkenmerken die opgenomen zijn in VG7+prestatiebeschrijving in de beleidsregel van de NZa.
De Nza beleidsregels en prestatiebeschrijving rond om VG7+ zijn nog niet definitief en beschikbaar. Hoe is het zorgkantoor tot het opgestelde beleid rond om VG7+ gekomen en welke informatie is hiervoor gebruikt? Dit gebrek aan transparantie wekt de indruk dat het zorgkantoor beschikt over informatie en kennis die niet met aanbieders wordt gedeeld.	De nieuwe prestatiebeschrijving is tot stand gekomen in goede samenwerking tussen de NZa, VGN, ZN, zorgaanbieders en zorgkantoren. VGN heeft zorgaanbieders gevraagd hieraan mee te werken. De inhoud van de concept prestatiebeschrijving was bij zowel ZN/zorgkantoren als bij VGN/zorgaanbieders bekend. Indien u vragen heeft over de keuzes die zijn gemaakt in het raadplegen van zorgaanbieders, verwijzen wij u naar de VGN.
Wie voert deze beoordeling voldoen aan criteria VG7+ op zorgvraag van de client en zorginstelling uit en binnen welk tijdsbestek?	Uw zorgkantoor beoordeelt of een zorgaanbieder de juiste context heeft om deze zorg te verlenen. De beoordeling of cliënten aan de genoemde voorwaarden in de NZa beleidsregel voldoen, ligt bij de zorgaanbieder. Deze gesprekken lopen mee in de inkoopgesprekken. Zorgaanbieders ontvangen uiterlijk 24 oktober 2025 een terugkoppeling over de afspraken over VG7+.
In hoeverre is het zorgkantoor in staat om te beoordelen of er sprake is van een combinatie van specifieke cliëntkenmerken, zorginhoudelijke kenmerken en context gebonden factoren zoals beschreven in de nog niet bekende beleidsregel van de NZA voor Vg7+?	Deze kenmerken zijn ontwikkeld in goede samenwerking tussen de NZa, VGN, zorgaanbieders, ZN en zorgkantoren. Hierbij is overeenstemming bereikt over deze kenmerken en de context gebonden factoren. Zorgkantoren baseren de beoordeling op een gesprek met de zorgaanbieder. Daarin worden onder andere de kennis die het zorgkantoor heeft over het zorgaanbod van de zorgaanbieder, de doelgroepen die de zorgaanbieder in huis heeft, de meerzorgdialogen en de gesprekken die gevoerd zijn over complexe zorg meegewogen. Wij vertrouwen op de zorgaanbieder voor de beoordeling of cliënten voldoen aan de in de beleidsregel genoemde cliëntkenmerken voor VG7+.
Is er een formeel beoordelingskader beschikbaar dat zorgkantoren en zorgaanbieders helpt bij de beoordeling van de VG7+ criteria?	Zorgkantoren beschikken nog niet over een formeel beoordelingskader en moeten dat nog ontwikkelen. Dit zal o.a. gebaseerd zijn op de cliëntkenmerken, de context gebonden factoren en andere voorwaarden die in de beleidsregel van de NZa zijn genoemd.
Het zorgkantoor geeft het volgende aan: "In de NZa prestatiebeschrijving staat omschreven aan welke eisen moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor financiering van VG7+" Hoe wordt er voorkomen dat het uitleggen dat zorgvraag van de client voldoet aan de criteria niet tot extra administratieve lasten gaat leiden?	Het is aan de zorgaanbieders zelf om te beoordelen of een cliënt voldoet aan de cliëntkenmerken zoals omschreven in de NZa beleidsregel.
Welke overgangsregelingen worden getroffen voor zorgaanbieders en cliënten bij de invoering van VG7+ per 1 januari 2026?	Wij verwachten dat alleen een overgangsregeling nodig is voor die meerzorgbeschikkingen die aflopen voordat het zorgkantoor positief heeft beoordeeld dat de betreffende zorgaanbieder het VG7+ profiel mag gaan leveren.

	In Q3 informeren wij zorgaanbieders hoe hiermee om te gaan.
Kunt u toelichten hoe de differentiatie tussen VG7 en VG7+ in de praktijk wordt gemonitord en gehandhaafd?	Dat doen zorgkantoren aan de hand van de NZa prestatiebeschrijvingen en de gesprekken die zorgkantoren met zorgaanbieders over de VG7 en de VG7+ zorg gaan voeren.
Welke voorbereidingen dienen zorgaanbieders te treffen om per 1 januari 2026 VG7+ te kunnen afspreken?	Zorgaanbieders die op dit moment VG7 cliënten (met eventueel meerzorg) in zorg hebben, kunnen na de publicatie van de NZa beleidsregel onderzoeken of ze aan de gestelde voorwaarden in de prestatiebeschrijving VG7 voldoen. Zij geven hun interesse daarvoor aan bij het contracterende zorgkantoor (veelal via de inschrijving). Aan de hand van een gesprek met de zorgaanbieder beoordeelt het zorgkantoor of de afspraak over VG7+ wordt gemaakt. Eventuele benodigde voorbereidingen kunnen in dat gesprek worden meegenomen.
De Nza prestatiebeschrijving is nog niet beschikbaar. Hoe kan het zorgkantoor beleid maken op een prestatie waarvan de prestatiebeschrijving nog niet beschikbaar is en hoe weet het zorgkantoor dat het meerzorgbeleid hierop aangepast moet worden?	Zorgkantoren zijn samen met VGN en enkele zorgaanbieders nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van de NZa prestatiebeschrijving. Omdat de VG7+ een nieuwe prestatie betreft, is het ook van belang te beschrijven of en op welke wijze meerzorg mogelijk is bovenop de VG7+. De uitgangspunten en het proces daarvoor worden verwerkt in het meerzorgbeleid.
Wanneer en op welke wijze worden zorgaanbieders geïnformeerd over de inhoud van het nieuwe meerzorgbeleid 2026?	Het meerzorgbeleid 2026 wordt gepubliceerd in Q3 2025. Wij zullen de zorgaanbieders wijzen op deze publicatie middels een e-mail of nieuwsbericht.
Kunt u aangeven welke casuïstiek of cliëntkenmerken vallen onder "uitzonderlijke situaties" waarin meerzorg bovenop VG7+ alsnog in overweging wordt genomen en wordt hiervoor een landelijke beoordelingskader gehanteerd, of verschilt dit per zorgkantoor?	Zorgkantoren kunnen nog niet op voorhand aangeven welke specifieke situaties hieronder vallen. Dit moeten we in de praktijk gaan ervaren. Landelijk worden hiervoor uitgangspunten vastgesteld (ook in overleg met VGN) en zorgkantoren zullen de benodigde afstemming organiseren om tot uniformiteit in de beoordeling te komen. U leest hier meer over in het in Q3 te publiceren Meerzorgbeleid.
Is er een mogelijkheid tot inspraak of consultatie voorafgaand aan de publicatie van dit beleid in Q3 2025?	We gaan ervanuit dat u doelt op het Meerzorgbeleid. Zorgkantoren stemmen dit beleid af met VGN.
De beleidsregels VG7+ zijn nog niet definitief of beschikbaar. Daardoor bestaat onzekerheid over de daadwerkelijke uitvoerbaarheid per 1 januari 2026. Wat gebeurt er als de beleidsregel en tarieven voor VG7+ later of in gewijzigde vorm (van concepten) worden vastgesteld?	Zorgkantoren verwachten niet dat de beleidsregel in gewijzigde vorm wordt vastgesteld en gepubliceerd. De inhoud van de beleidsregel is namelijk tot stand gekomen in afstemming met onder andere VGN en ZN. Mocht dit onverwachts toch gebeuren, dan zullen zorgkantoren de zorgaanbieders zo snel mogelijk informeren over de eventuele gevolgen daarvan. De verwachting is dat in die situatie het huidige VG7 beleid (met de mogelijkheid tot meerzorg) in stand blijft.
Wij nemen aan dat wij nog bezwaar kunnen maken als het meerzorgbeleid wordt gewijzigd in Q3?	Zorgaanbieders kunnen voor eventuele vragen terecht bij de zorginkoper van het zorgkantoor.
Indien prestatiebeschrijving niet per 1_1_2026 ingaat, wat wordt het beleid voor VG7+ 2026?	Wij verwachten niet dat dit gebeurt. Als de nieuwe prestatie toch niet wordt ingevoerd per 1 januari

	2026, dan continueren wij het huidige beleid van meerzorgaanvragen voor het VG7 profiel.
Het zorgkantoor schrijft in haar beleid: "Specifiek voor VG7+ geldt dat er sprake is van een combinatie van specifieke cliëntkenmerken, zorginhoudelijke kenmerken en context gebonden factoren, die samen bepalen of een VG7+ van toepassing is en of de betreffende zorgaanbieder VG7+ kan leveren." Geeft het zorgkantoor hiermee aan dat in de NZA prestatie komt te staan welke zorgaanbieders zorg mogen leveren? Waar baseert het zorgkantoor deze informatie op?	De NZA prestatiebeschrijving beschrijft de specifieke cliëntkenmerken, zorginhoudelijk kenmerken en de contextgebonden factoren, waar de zorg voor cliënten met een VG7+ aan moet voldoen. De NZA beleidsregel geeft niet aan welke zorgaanbieders deze zorg mogen leveren.
Er wordt aangegeven dat zorgkantoren verwachten dat geen meerzorg nodig is boven op een VG7+ en zullen aanvragen hiervoor alleen in uitzonderlijke situaties als maatwerk aanvraag in behandeling nemen. Om voor een VG7+ in aanmerking te komen moeten zowel de cliënt als de context bij de zorgaanbieder voldoen aan alle voorwaarden en criteria zoals beschreven in de prestatiebeschrijving van de NZA. Wanneer een zorgaanbieder voldoet aan de criteria én het zorgkantoor goedkeuring heeft gegeven voor het leveren van VG7+, kan voor de betreffende cliënten per 1_1_2026 de VG7+ worden gedeclareerd. In de (concept)prestatievoorwaarden VG7_plus staat het volgende: De woonzorg aan de cliënt wordt alleen geboden in combinatie met zorg aan andere cliënten met een indicatie voor een vg7_zorgprofiel. In de (groeps)woning van de cliënt wonen uitsluitend cliënten met een indicatie voor zorgprofiel vg7. Dit betekent voor ons dat er maar één locatie op dit moment aan deze vereiste voldoet. Andere clusters waarbij VG7 de overhand heeft hebben allen één of meerdere cliënten met een ander zorgprofiel. Is dit een herkenbaar beeld en betekent het dat voor deze cliënten nog steeds de meerzorg op een reguliere manier kunnen uitvragen?	Wij adviseren u uw specifieke situatie te bespreken in het gesprek met uw zorgkantoor. De mogelijkheid voor VG7 met meerzorg blijft in stand voor cliënten die vanwege het ontbreken van de juiste context bij de zorgaanbieder niet aan de voorwaarden uit de prestatiebeschrijving voldoen.
Er wordt aangegeven dat zorgkantoren verwachten dat geen meerzorg nodig is boven op een VG7+ en zullen aanvragen hiervoor alleen in uitzonderlijke situaties als maatwerk aanvraag in behandeling nemen. Bij meerzorg is er onderscheid in meerdere meerzorgprofielen of maatwerk. Met welk meerzorgprofiel is in het VG7+ tarief rekening gehouden?	Deze vraag heeft betrekking op de tariefberekening van de NZA. Hiervoor verwijzen wij u naar de NZA.
Er wordt aangegeven dat zorgkantoren verwachten dat geen meerzorg nodig is boven op een VG7+ en zullen aanvragen hiervoor alleen in uitzonderlijke situaties als maatwerk aanvraag in	Om in aanmerking te komen voor VG7+ dient aan alle voorwaarden van de beleidsregel te worden voldaan. Als er sprake is van een uitzonderlijke situatie die hiervan afwijkt, gaan zorgkantoren hierover in overleg met betreffende zorgaanbieder

<p>behandeling nemen. Om voor een VG7 + in aanmerking te komen moeten zowel de cliënt als de context bij de zorgaanbieder voldoen aan alle voorwaarden en criteria zoals beschreven in de prestatiebeschrijving van de NZa.</p> <p>Wanneer een zorgaanbieder voldoet aan de criteria én het zorgkantoor goedkeuring heeft gegeven voor het leveren van VG7+, kan voor de betreffende cliënten per 1_1_2026 de VG7+ worden gedeclareerd. In de (concept)prestatievoorwaarden VG7_plus staat het volgende:</p> <p>De woonzorg aan de cliënt wordt alleen geboden in combinatie met zorg aan andere cliënten met een indicatie voor een vg7_zorgprofiel. In de (groeps)woning van de cliënt wonen uitsluitend cliënten met een indicatie voor zorgprofiel vg7. Dit betekent voor ons dat er maar één locatie op dit moment aan deze vereiste voldoet. Andere clusters waarbij VG7 de overhand heeft hebben allen één of meerdere cliënten met een ander zorgprofiel. Is het mogelijk om een uitzondering te maken op deze voorwaarden in overleg met het zorgkantoor. Hierdoor is het voor ons wel mogelijk om voor cliënten waarvoor wij VG7 plus zorg leveren hiervoor in aanmerking te komen. Indien dit niet mogelijk is verwachten wij een administratieve lasten verhoging en problemen met de meerzorgaanvragen voor deze doelgroep aangezien aangegeven wordt dat VG7+ voorliggend is bij meerzorg en er aangegeven wordt dat meerzorg voor kortere tijd wordt uitgegeven.</p>	<p>om te beoordelen of er sprake is van een overgangssituatie waarvoor passende afspraken gemaakt kunnen worden. U kunt hierover contact opnemen met uw zorgkantoor.</p>
<p>Kunt u bevestigen dat de invoering van VG7+ geen veranderingen met zich meebrengt voor cliënten in andere zorgprofielen die meerzorg nodig hebben?</p>	<p>Dat kunnen wij bevestigen. Voor die cliënten verandert niets in het huidige meerzorgbeleid.</p>
<p>Ten aanzien van de VG7+ is onze verwachting dat deze enkel kan worden afgegeven en gedeclareerd als de gehele groep cliënten minimaal een VG7 indicatie heeft. Vanuit zorginhoudelijk perspectief hebben wij ook locaties waar er samenstellingen in groepen zijn met diverse zware zorgprofielen bijvoorbeeld een combinatie van VG6 en VG7 indicaties. Indien het zo zou zijn dat deze VG7 cliënten hierdoor niet in aanmerking komen voor een VG7+ prestatie betekent dat, dat de zorg die wij moeten leveren niet uit kan met de reguliere vergoeding voor een VG7 indicatie. Hoe moeten wij hiermee om gaan?</p>	<p>Indien een cliënt met een VG7 indicatie op een locatie woont die niet voldoet aan de contextgebonden factoren uit de beleidsregel, kan inderdaad géén VG7+ prestatie worden gedeclareerd. Voor deze cliënt blijft de VG7 in stand met de mogelijkheid om bovenop de VG7 meerzorg aan te vragen.</p>
<p>Welke objectieve toetsingscriteria worden precies gebruikt door het zorgkantoor bij het beoordelen of een zorgaanbieder VG7+ zorg mag leveren?</p>	<p>Deze toetsingscriteria zijn gebaseerd op de criteria opgenomen in de prestatiebeschrijving van de NZa beleidsregel.</p>

<p>Welke specifieke kwaliteitsindicatoren en meetmethoden zullen in 2026 gelden voor de VG7+-prestatie, die mogelijk afwijken van of aanvullend zijn op de reguliere VG7-zorg? Hoe zal de verantwoording van deze kwaliteit plaatsvinden (bijvoorbeeld via jaarverslagen, audits of specifieke data-aanlevering)?</p>	<p>In 2026 zullen we ons vooral richten op het toetsen van de passendheid van de klantkenmerken, zorginhoudelijke kenmerken en context gebonden factoren die zijn opgenomen in de prestatiebeschrijving uit de NZa beleidsregel. Indien hier specifieke informatie vanuit zorgaanbieders voor nodig is, informeren wij hen hierover tijdig. Afhankelijk van de ervaringen opgedaan in 2026 wordt bekeken of zorgkantoren aanvullende inkoopvoorwaarden opstellen specifiek voor VG7+.</p>
<p>Alleen als aan al deze voorwaarden is voldaan en het zorgkantoor goedkeuring heeft gegeven dat de betreffende zorgaanbieder VG7+ zorg mag leveren, kan de VG7+ worden gedeclareerd. Hoe verloopt dit goedkeuringsproces?</p>	<p>Het zorgkantoor gaat hierover in gesprek met de zorgaanbieder om te beoordelen of de zorgaanbieder voldoet aan de criteria genoemd in de NZa prestatiebeschrijving.</p>
<p>Alleen als aan al deze voorwaarden is voldaan en het zorgkantoor goedkeuring heeft gegeven dat de betreffende zorgaanbieder VG7+ zorg mag leveren, kan de VG7+ worden gedeclareerd. Wordt een organisatie niet voldoet aan de context gebonden factoren in de gelegenheid gesteld om hier alsnog aan te voldoen?</p>	<p>Als een zorgaanbieder nog niet volledig voldoet aan de voorwaarden om VG7+ te leveren, dan continueren we de bestaande financieringsafspraken. Op het moment dat de zorgaanbieder wel voldoet aan de voorwaarden om VG7+ te leveren, wordt een datum afgesproken met ingang waarvan het VG7+ tarief gedeclareerd wordt. Dat kan ook gedurende het jaar.</p>
<p>Meerzorg is alleen in uitzonderlijke situaties mogelijk; Wat zijn bijbehorende criteria om voor meerzorg voor VG7+ in aanmerking te komen?</p>	<p>Zorgkantoren kunnen nog niet op voorhand aangeven welke specifieke situaties hiervoor in aanmerking komen. Dit moeten we in de praktijk gaan ervaren. Landelijk worden hiervoor uitgangspunten vastgesteld (ook in overleg met VGN) en zorgkantoren zullen de benodigde afstemming organiseren om tot uniformiteit in de beoordeling te komen. U leest hier meer over in het in Q3 te publiceren Meerzorgbeleid.</p>
<p>Meerzorg is alleen in uitzonderlijke situaties mogelijk; Hoe wordt er omgegaan met de cliënten die nu een extreem hoge meerzorg toekenning hebben? En die ook zeer waarschijnlijk bijvend nodig hebben.</p>	<p>Als de zorgaanbieder vindt dat er sprake is van een uitzonderlijke situatie en dat kan goed worden onderbouwd, dan kan hij een meerzorgaanvraag indienen bij het zorgkantoor. In het in Q3 te publiceren meerzorgbeleid beschrijven de zorgkantoren aan welke uitgangspunten een dergelijke aanvraag moet voldoen.</p>
<p>Met de invoer van de VG7+, gaat dit gevolgen hebben op de huidige structuren. Kan het zorgkantoor aangeven wat de verwachting is van de impact is op de bestaande financieringsstructuur voor VG7-zorg?</p>	<p>Het VG7+ tarief wordt toegevoegd aan de bestaande structuur van prestatiebeschrijvingen en tarieven. Voor deze groep cliënten en de zorgaanbieders die dit leveren, zal de impact met name zitten in de afname van het aantal meerzorgaanvragen.</p>
<p>Hoe wordt de indicatiestelling voor VG7+ in de praktijk georganiseerd, en hoe wordt gewaarborgd dat cliënten met de juiste zorgbehoefte op de juiste plek terechtkomen? Zijn er specifieke afspraken over doorstroom van of naar VG7+ met andere zorgvormen (zoals Salviq, GGZ of overige VG-zorg)?</p>	<p>De VG7+ is een prestatie. De zorgaanbieders toetsen zelf of de cliënten aan de cliëntkenmerken zoals beschreven in de NZa prestatieomschrijving voldoen. Hiervoor komt geen aparte indicatiestelling. Er zijn nog geen specifieke afspraken over doorstroom naar andere zorgvormen. Op basis van de ervaringen in 2026 zullen partijen met elkaar bepalen of hier specifieke afspraken voor nodig zijn.</p>

<p>Met de introduceert de nieuwe prestatie voor een doelgroep VG7 klanten (de VG7+), die zich onderscheidt op basis van zorginhoudelijke kenmerken en benodigde contextfactoren. Gezien de complexiteit en intensiteit van deze zorg, welke specifieke risico's voorziet het zorgkantoor voor zorgaanbieders bij de inzet en uitvoering van de VG7+ zorg?</p>	<p>De zorg gerelateerd aan het VG7+ profiel wordt nu ook geleverd, alleen op andere wijze gefinancierd. Zorgkantoren zien geen specifieke risico's aan deze zorgverlening, anders dan de risico's die er nu ook mogelijk zijn.</p>
<p>Hoe zal de introductie van de VG7+ prestatie de zorg voor de huidige VG7-populatie beïnvloeden, met name de groep die nu al een hoge zorgbehoefte heeft en waarvoor meerzorg wordt aangevraagd? Bestaat het risico dat deze bestaande groep, die mogelijk vergelijkbare complexe zorgvragen heeft maar (nog) niet onder de VG7+ definitie valt, onvoldoende meerzorg of ondersteuning krijgt ten opzichte van de nieuw gedefinieerde VG7+ groep? Zijn er voldoende waarborgen dat de mogelijkheid tot het aanvragen van meerzorg voor beide doelgroepen (VG7 en VG7+) toereikend is om de daadwerkelijke zorgbehoefte en bijbehorende kosten te dekken, gezien het hoge volume aan zorg dat nodig is?</p>	<p>Wij zien dit risico niet. De VG7+ prestatie is een nieuwe prestatie die bestaat naast de reguliere VG7 met Meerzorg (indien niet wordt voldaan aan de voorwaarden voor VG7+). Daarnaast is in het ontwikkeltraject door de NZa - samen met zorgaanbieders die deze clientgroep in zorg hebben - voldoende onderzoek verricht op basis waarvan de prestatiebeschrijving en tariefstelling tot stand is gekomen. Eventuele knelpunten die alsnog ontstaan worden in de evaluatie meegenomen.</p>
<p>De invoering van de VG7+ kan leiden tot een centralisatie van deze zorg. Welke gevolgen heeft dit voor de continuïteit en toegankelijkheid van VG7 en VG7+ zorg. Welke waarborgen zijn er om te voorkomen dat deze centralisatie leidt tot wachtlijsten of onvoldoende keuzevrijheid voor cliënten, en hoe wordt hierbij rekening gehouden met de spreiding van zorg voor de gehele VG7-populatie?</p>	<p>Zorgkantoren vinden het een goede ontwikkeling dat gespecialiseerde zorg wordt geconcentreerd. Immers niet alle zorgaanbieders beschikken over de specifieke expertise en deskundig personeel om deze zorg te kunnen bieden. Ook nu is het zo dat deze zorg (VG7 met meerzorg) niet door alle zorgaanbieders wordt geboden. Wij verwachten dat er dan ook weinig zal veranderen aan de spreiding van het huidige zorgaanbod. Desondanks volgen zorgkantoren deze ontwikkeling en zullen zij wanneer dit nodig is passende maatregelen nemen.</p>
<p>Hoe zal de introductie van de VG7+ prestatie de financiële haalbaarheid en bekostiging van de zorg voor de huidige VG7-populatie beïnvloeden, met name voor de groep die nu al een hoge zorgbehoefte heeft en waarvoor meerzorg wordt aangevraagd? Welke risico's worden verwacht als zorgaanbieders, door de focus op de nieuwe VG7+ prestatie met potentieel hogere tarieven of specifiekere bekostigingsmogelijkheden, minder financiële ruimte of middelen overhouden voor de reguliere, eveneens complexe, VG7-zorg die reeds geleverd wordt? Zijn er voldoende waarborgen dat de mogelijkheid tot het aanvragen van meerzorg voor beide doelgroepen (VG7 en VG7+) toereikend is om de daadwerkelijke zorgbehoefte en bijbehorende kosten te dekken, en hoe wordt voorkomen dat de meerzorg aanvraag voor de bestaande VG7-populatie in het gedrang komt door de nieuwe prestatie?</p>	<p>De VG7+ prestatie betreft een nieuwe prestatie naast de reguliere VG7. Er is dus enkel sprake van een toevoeging van een nieuwe prestatie, voor cliënten die aan de beschrijving van de beleidsregel voldoen en zorg ontvangen in de de beleidsregel beschreven context. De mogelijkheid van VG7 met meerzorg blijft hiernaast dus in stand. Wij hebben op dit moment géén redenen om aan te nemen dat de zorg voor de bestaande VG7-populatie in het gedrang komt. Uiteraard zullen wij dit punt meenemen in de monitoring in 2026.</p>

<p>Bij 5.15 wordt gesteld dat meerzorg bovenop de VG7+ prestatie slechts in uitzonderlijke situaties mogelijk is, en dat dergelijke aanvragen slechts tijdelijk en onder strikte voorwaarden worden toegekend met een zeer tijdelijk karakter. Tevens wordt aangegeven dat de VG7+ prestatie in beginsel als voorliggend wordt beschouwd op VG7 met meerzorg, voor aanbieders die aan de voorwaarden voldoen. Binnen de doelgroep met een VG7-indicatie en de groep cliënten die in aanmerking komen voor een VG7+ wordt frequent een beroep gedaan op meerzorg om passende ondersteuning te kunnen bieden omdat de reguliere VG7- of zelfs VG7+-prestatie onvoldoende toereikend is.</p> <p>De vraag luidt dan ook: Op welke feiten is het uitgangspunt dat de VG7+ volstaat in het bieden van passende zorg waarop het merendeel van de meerzorg zal verdwijnen?</p>	<p>De NZa heeft uitgebreid onderzoek gedaan ten behoeve van zowel de vaststelling van de prestatiebeschrijving als de vaststelling van het tarief. Hierbij zijn de VGN, diverse zorgaanbieders, VWS, ZN en de zorgkantoren betrokken geweest. Onderdeel van dit onderzoek was een uitgebreide uitvraag bij zorgaanbieders die deze zorg leveren. Op basis hiervan gaan zorgkantoren ervan uit dat er momenteel een passende beschrijving en bekostiging is vastgesteld voor de VG7+ zorg, waardoor meerzorg in de basis niet meer voor alle cliënten nodig zal zijn. Of dit in de praktijk ook zo is, zal onderdeel zijn van de monitoring van deze nieuwe prestatie in 2026.</p>
<p>Hoe wordt er omgegaan met cliënten die bovenop de VG7+ ondersteuning nodig hebben waar nu fors meerzorggelden worden ingezet en het onmogelijk is gebleken om dit in de tijdelijkheid te zien?</p>	<p>Wij gaan ervan uit dat de nieuwe prestatie VG7+ een passende bekostiging biedt voor cliënten die hieronder gaan vallen. Dit geldt ook wanneer er nu sprake is van een VG7 met meerzorg. Alleen in uitzonderlijke situaties is het mogelijk om bovenop de VG7+ meerzorg aan te vragen. Deze aanvragen zullen in principe tijdelijk zijn. Mocht dit in specifieke situaties anders zijn, treden zorgkantoren hierover met de zorgaanbieder in overleg.</p>
<p>Indien het zorgkantoor geen goedkeuring verleent voor VG7+, geldt dan een overgangstermijn met bijbehorende bekostiging voor het afbouwen van de zorg naar VG7 niveau?</p>	<p>Hiervoor geldt geen overgangsregeling. In dit geval blijft voor VG7 de mogelijkheid van meerzorg bestaan.</p>

### 5.16 Levensloopaanbieders krijgen voor klanten met een Wlz indicatie de mogelijkheid om de uitvoering van de levensloopaanpak te financieren d.m.v. een prestatie

Vraag	Antwoord
<p>U geeft aan dat een levensloopaanbieder wordt gedefinieerd als een vastgestelde rol voor een zorgaanbieder die zorg coördineert en/of levert in het kader van de ketenveldnorm. Kunt u aangeven of een aanbieder die Wlz zorg levert aan een cliënt die is geïnccludeerd in de ketenveldnorm zonder dat deze aanbieder deel uitmaakt van het levensloopteam, ook in aanmerking komt voor deze prestatie?</p>	<p>Deze prestatie is alleen bedoeld voor de coördinatiekosten vanuit de levensloopaanpak. Alleen een zorgaanbieder die op de website <a href="http://www.levensloopaanpak.nl">www.levensloopaanpak.nl</a> vermeld staat als levensloopaanbieder, kan deze prestatie in rekening brengen. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet om zorg die aan een geïnccludeerde cliënt geleverd wordt door andere partijen, maar alleen om de coördinatiefunctie.</p>
<p>U geeft aan dat vanaf 2026 zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen voor cliënten met een Wlz indicatie om de uitvoering van de levensloopaanpak te financieren d.m.v. een</p>	<p>Naar verwachting zal de NZa een prestatiebeschrijving publiceren voor de coördinatiekosten van de levensloopaanpak. Hierin kunt u alle benodigde informatie teruglezen. Op dit</p>

<p>prestatie. Hoe gaat deze prestatie er uit zien; Is het een toeslag of een basisprestatie of nog een andere vorm? Mogen we periodiek iets declareren en is dat dan per jaar of per dag of iets er tussenin?</p> <p>En moet zorgaanbieder ook de dossierhouder van de WLZ-indicatie zijn? Of mag dat ook een andere zorgaanbieder zijn?</p>	<p>moment heeft de NZa nog geen uitspraken over het moment van publicatie gedaan. Dit inkoopbeleid met betrekking tot de coördinatiekosten van de levenslooppak is onder voorbehoud van publicatie van de definitieve beleidsregel door de NZa.</p> <p>De levenslooppaanbieder is veelal niet de Wlz-zorgaanbieder die de reguliere zorg aan de cliënt biedt. Zie voor meer informatie <a href="http://www.levenslooppak.nl">www.levenslooppak.nl</a>. De levenslooppaanbieder hoeft niet de dossierhouder van de geïnccludeerde cliënt te zijn.</p> <p>Voor alle duidelijkheid: deze prestatie is alleen bedoeld voor de coördinatiekosten vanuit de levenslooppak. Alleen een zorgaanbieder die op de website <a href="http://www.levenslooppak.nl">www.levenslooppak.nl</a> vermeld staat als levenslooppaanbieder, kan deze prestatie in rekening brengen. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet om zorg die aan een geïnccludeerde cliënt geleverd wordt door andere partijen, maar alleen om de coördinatiefunctie.</p>
<p>Moet men dit voor inschrijving hebben aangegeven bij de inkoper, of kan dit ook daarna nog meegenomen worden?</p>	<p>Op de website <a href="http://www.levenslooppak.nl">www.levenslooppak.nl</a> vindt u een overzicht van de aanbieders welke coördinerend levenslooppaanbieder zijn. Alleen de coördinerend levenslooppaanbieder mag deze prestatie declareren.</p>
<p>U geeft aan dat de NZa een tarief vaststelt en dat u het richttariefpercentage hierop niet toepast.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wanneer is het tarief van de NZa bekend?</li> <li>2. Zoals gebruikelijk hebben aanbieders nog het recht om bezwaar te maken indien het tarief (na inschrijving) niet passend blijkt? Kunt u dat bevestigen?</li> <li>3. Betekent het niet toepassen van het richttariefpercentage dat u 100% van het NZa tarief financiert?</li> </ol>	<p>De NZa zal naar verwachting een prestatiebeschrijving publiceren voor de coördinatiekosten van de levenslooppak. Hierin kunt u alle benodigde informatie teruglezen. Op dit moment heeft de NZa nog geen uitspraken over het moment van publicatie gedaan. Dit inkoopbeleid met betrekking tot de coördinatiekosten van de levenslooppak is onder voorbehoud van publicatie van de definitieve beleidsregel door de NZa. Indien er bezwaar is op het vastgestelde tarief door de NZa, verwijzen wij naar de NZa.</p> <p>Zorgkantoren zijn voornemens 100% van het NZa tarief te vergoeden na publicatie van deze prestatie die zal ingaan vanaf januari 2026.</p>
<p>Is hier sprake van gespecialiseerde aanbieders of kan elke aanbieder dit leveren?</p>	<p>Op de website <a href="http://www.levenslooppak.nl">www.levenslooppak.nl</a> vindt u een overzicht van de aanbieders welke coördinerend levenslooppaanbieder zijn. Alleen de coördinerend levenslooppaanbieder mag deze prestatie declareren.</p>
<p>Als u gebruik wilt maken van deze nieuwe prestatie of er vragen over heeft dan kunt u</p>	<p>Op de website <a href="http://www.levenslooppak.nl">www.levenslooppak.nl</a> vindt u een overzicht van de aanbieders welke</p>

daarvoor contact opnemen met uw inkoper; Dit loopt dus buiten het budgetformulier om, klopt dat?	coördinerend levensloopaanbieder zijn. Alleen de coördinerend levensloopaanbieder mag deze prestatie declareren. Dit loopt buiten het budgetformulier om.
--	---

### 5.17 We creëren een bovenregionaal aanbod voor Langdurig Klinisch Wonen (Salviq)

De vragen over Salviq zijn gebundeld en opgenomen in de Nota van Inlichtingen van de Bijlagen bij het Inkoopdocument, onder bijlage 11.

## 6. Voor een overeenkomst in de Wlz geldt een vaste inkoopprocedure

### 6.9 U ontvangt uiterlijk 29 augustus 2025 een terugkoppeling van onze beoordeling (stap 8)

Vraag	Antwoord
<i>6.9.2 Wij koppelen op basis van de uitkomsten van onze beoordeling aan u terug of wij voornemens zijn een overeenkomst aan te gaan voor 2026 en welke afspraken we met u willen maken.</i>	
Zorgkantoren hanteren verschillende vervaltermijnen voor het indienen van bezwaar bij het zorgkantoor en het aanhangig maken van een kort geding. Dit maakt het onnodig complex voor zorgaanbieders die zorg leveren in zorgkantoorregio's van verschillende Wlz-uitvoerders. Wij verzoeken u deze vervaltermijnen voor alle zorgkantoren te uniformeren zodat zorgaanbieders duidelijkheid hebben en het proces niet onnodig ingewikkeld wordt gemaakt. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Evenals voorgaande jaren volgen de zorgkantoren hierin hun eigen procedures en hanteren zij hun eigen termijnen. Vooralsnog zal dat zo blijven.
Is er mogelijkheid tot verlenging van het huidige contract (met twee keer één jaar zoals veel zorgkantoren doen)?	In alle lopende overeenkomsten en in de voor 2026 te sluiten overeenkomsten is de verlengingsoptie opgenomen. Of de overeenkomst verlengd wordt, zal m.n. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt.
In paragraaf 6.9.2 staat dat in alle gevallen in de overeenkomst voor het zorgkantoor de mogelijkheid is opgenomen om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Gaat het dan steeds om ongewijzigd beleid of komen er dan net als in de huidige procedure Actualisaties	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 kunnen er wijzigingen worden

voor 2027 en/of 2028, waarbij conform de betreffende paragrafen vragen kunnen worden gesteld respectievelijk bezwaar kan worden ingediend?	doorgevoerd in het inkoopbeleid/de inkoopdocumenten waaronder de overeenkomst. 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.
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?	Daar kunt u vanuit gaan. Een verlenging van de overeenkomst impliceert tevens een verlenging van het regionale inkoopbeleid.
Dit geactualiseerde zorginkoopbeleid is gepubliceerd op 28 mei 2025. Het is mogelijk dat hierop aanvullingen of wijzigingen komen. 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?	Hoewel het gebruikelijk is om bij gewijzigd/aangepast/ aanvullend beleid ook de gelegenheid te bieden voor vragen/bezwaren, zal dit in de praktijk afhangen van de aard, inhoud en impact van de wijzigingen en/of aanpassingen. Voor de vraag hoe zorgkantoren handelen bij beleidswijzigingen verwijzen wij vragensteller tevens naar de passages in het inkoopbeleid van de verschillende zorgkantoren die over het wijzigen ervan gaan.
Waar wordt een eventuele verlenging van het inkoopbeleid naar 2027 en 2028 op gebaseerd?	Eind mei, begin juni 2026 zal bekend gemaakt worden of er nieuw (meerjarig) inkoopbeleid komt, of dat het huidige inkoopbeleid verlengd wordt. Bij verlenging zal op dat moment dan ook aangegeven worden wat daarbij de overwegingen zijn geweest.
Wanneer neemt het zorgkantoor het besluit om het inkoopbeleid 2027 en 2028 te verlengen?	Eind mei, begin juni 2026 zal duidelijk worden of er nieuw (meerjarig) inkoopbeleid komt, of dat het huidige inkoopbeleid verlengd wordt. Als er sprake is van een verlenging dan zal het inkoopbeleid 2026 verlengd worden met één jaar (voor 2027). Of het eventueel voor 2027 verlengde beleid dan nogmaals met één jaar (voor 2028) verlengd wordt, zal dan eind mei, begin juni 2027 duidelijk worden.

## 7. Beoordeling nieuwe zorgaanbieders

### 7.5 Nieuwe zorgaanbieders leveren bij de inschrijving verschillende documenten aan

Over deze paragraaf zijn géén vragen gesteld.

# 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



## Mail ons

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