

# Aanvullende inkoopvoorwaarden

Zorgverzekeraars Nederland | V3.0 | 31-05-2024

# Inhoud

|  |    |
|--|----|
| Inhoud   | 2  |
| 1 Inleiding  | 3  |
| 2 Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren   | 4  |
| 2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)  | 4  |
| 2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de<br>thuisituatie (V&V en GZ) | 5  |
| 2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)  | 5  |
| 2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)   | 8  |
| 2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&V, GGZ en GZ)  | 9  |
| 2.6 Specialistische zorg (V&V en GZ)   | 10 |
| 2.7 Infectiepreventie (V&V, GZ en GGZ)   | 10 |
| 2.8 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ, GGZ)  | 11 |
| 3 V&V  | 13 |
| 3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling  | 13 |
| 3.2 Overige zorgzwaartepakketten   | 13 |
| 4 GGZ  | 14 |
| 4.1 Inkoop beveiligde zorg   | 14 |
| 5 GZ   | 16 |
| 5.1 Specialistische zorg   | 16 |
| 5.2 Overige zorgzwaartepakketten   | 18 |
| 5.3 SGLVG en LVG-zorg  | 18 |
| 5.4 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs  | 25 |
| 6 Transitie-middelen   | 27 |
| 6.1 Welke extra middelen zijn er beschikbaar voor de ouderenzorg en de<br>gehandicaptenzorg?               | 27 |
| 6.2 Het regionaal stimuleringsbudget Wlz, voor de ouderenzorg en de<br>gehandicaptenzorg                   | 27 |
| 6.3 Het regiobudget scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg  | 28 |
| 6.4 Afspraken over de inzet van de middelen  | 29 |

# 1 Inleiding

In dit document maken we duidelijk wat zorgkantoren van zorgaanbieders verwachten bij het leveren van specifieke vormen van zorg in de Wlz. We beschrijven ook welke aanvullende inkoopvoorwaarden en richtlijnen er door zorgkantoren worden gehanteerd op de geldende wet- en regelgeving.

Voorheen publiceerden de zorgkantoren hierover in het landelijke inkoopkader (hoofdstuk 5 – beleidskader). Omdat de zorgkantoren een gezamenlijke inkoopvisie hebben opgesteld, zijn de aanvullende inkoopvoorwaarden nu vastgelegd in een apart document dat als bijlage wordt gepubliceerd bij de regionale inkoopkaders: 'Aanvullende inkoopvoorwaarden'. De aanvullende inkoopvoorwaarden worden jaarlijks geactualiseerd indien nodig. Zo houden we dit document zo volledig en actueel mogelijk.

Dit document heeft betrekking op de aanvullende inkoopvoorwaarden die gelden voor de Wlz-zorg, waarbij de genoemde voorwaarden gelden voor het afspreken en leveren van de betreffende prestaties en de inzet van transitiemiddelen.

## **Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 betreft de aanvullende inkoopvoorwaarden die gelden voor meerdere Wlz-sectoren. Hoofdstuk 3, 4 en 5 bevatten achtereenvolgens de aanvullende inkoopvoorwaarden die specifiek gelden voor de sectoren V&V, GGZ en GZ. Hoofdstuk 6 bevat de geldende voorwaarden voor de inzet van transitiemiddelen voor de sectoren V&V en GZ.

De wijzigingen ten opzichte van het document aanvullende inkoopvoorwaarden 2024 zijn grijs gearceerd. Alleen over deze wijzigingen mogen vragen worden gesteld ten behoeve van de Nota van Inlichtingen.

# 2 Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren

In dit hoofdstuk benoemen we de aanvullende inkoopvoorwaarden die voor meerdere sectoren van toepassing zijn, met uitzondering van de voorwaarden voor de inzet van transitie-middelen. Deze zijn separaat in hoofdstuk 6 opgenomen. In de titel van de paragraaf wordt aangegeven of het betreffende onderwerp op alle drie of op twee van de drie sectoren van toepassing is.

## 2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)

### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- Zorgaanbieders zorgen door intensieve samenwerking voor een aaneensluitende keten van behandeling. Bouw een netwerk in de regio van AVG's, SO's, huisartsen, psychiaters en verpleegkundig specialisten. Maak afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid overdag en tijdens avond-, weekend- en nachtdiensten.
- Draag zorg voor integraal afgestemde zorgverlening en voldoende verpleegkundige kennis voor een goede triage.
- Werk taakherschikking van huisartsen, SO's en AVG's, voor zover toegestaan, uit naar verpleegkundig specialisten, Physician Assistants om het effect van de krapte op de arbeidsmarkt voor artsen te beperken.
- Maak afspraken over het inzien van medische dossiers, verslaglegging en terugkoppeling door (mede)behandelend, verzorgend en verpleegkundig personeel.
- Realiseer 24/7 bereikbaarheid van SO en AVG ter consultatie voor huisarts, door gebruik te maken van technologie.

### *Toelichting*

Met de invoering van de Wlz kregen alle cliënten binnen de Wlz recht op Wlz-behandeling. Zorgaanbieders kunnen dit zowel thuis (MPT of VPT) als bij een verblijf in een instelling leveren. De regelgeving maakt onderscheid tussen verblijf met en zonder behandeling.

Voor cliënten waarvoor behandeling geen onderdeel is van verblijf, is het voor zorgaanbieders wel mogelijk om behandeling te declareren boven op het ZZP, VPT of MPT. De zorgaanbieder moet echter wel toegelaten zijn voor het leveren van behandeling en hierover afspraken hebben met het zorgkantoor. Het is in beginsel alleen mogelijk om individuele behandeling naast een ZZP of VPT exclusief behandeling te declareren voor het consulteren van de SOG (H335)/AVG-

arts (H336) door huisartsen. De SOG/AVG-arts kan vervolgens besluiten over het kortdurend inzetten van andere behandelvormen, zoals paramedische zorg. De criteria hiervoor staan in het vigerende Voorschrift Zorgtoewijzing. Voor het kortdurend (aanvullend) declareren van de overige behandelprestaties, hoeft u vooraf geen toestemming te vragen. De behandelprestaties staan in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg. De feitelijke zorglevering moet daarom overeenkomen met de gedeclareerde zorg. De zorgkantoren toetsen achteraf op een doelmatige inzet en het Voorschrift Zorgtoewijzing.

Als de vraag om behandeling structureel is, kunt u overwegen het ZZP om te zetten naar een ZZP inclusief behandeling. Dit bespreekt u altijd met uw zorginkoper. Hoe het zorgkantoor met het verzoek omgaat, is afhankelijk van regionaal beleid en van de contracteerruimte.

## 2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)

### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- De huisarts kan een SO of AVG consulteren voor een vraagstuk rond een cliënt. Hierbij houden partijen zich aan de verantwoordelijkheidsverdeling tussen huisarts en SO/AVG zoals die is vastgelegd in het convenant LHV – Verenso.
- Is er sprake van de inzet van een gedragswetenschapper of andere behandelaren onder de prestatie H335? Dan gelden als voorwaarden voor het declareren van de consultatie door de SO:
  - De in te zetten professional levert zorg/behandeling onder de verantwoordelijkheid en de regie van de SO.
  - Op de achtergrond is de SO voortdurend aanwezig.
  - Het gaat om kortdurende inzet. We gaan ervan uit dat de inzet van andere deskundigen veelal gaat om de inzet van een gedragskundige bij het eenmalig geriatrisch assessment.
- Tenslotte committeert een gecontracteerde zorgaanbieder zich aan regionale afspraken over en regionale inzetbaarheid van de aan de aanbieder verbonden SO of AVG.

### *Toelichting*

De inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicaptenzorg voor Wlz-cliënten in de thuissituatie is geregeld in de vigerende NZa beleidsregels via de prestaties H335 respectievelijk H336. Daarbinnen kunnen Verpleegkundig Specialisten (VS) zelfstandig de zorg uitvoeren, zoals omschreven staat in de prestatie, voor zover dit past binnen de daarvoor geldende regels en normen. De feitelijke zorglevering moet overeenkomen met de gedeclareerde zorg.

## 2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)

### **Dagelijkse mondverzorging**

De dagelijkse mondverzorging van het (kunst)gebit maakt onderdeel uit van de Wlz-aanspraak persoonlijke verzorging. Wanneer cliënten een Wlz-indicatie hebben voor persoonlijke verzorging, dan is de zorgaanbieder die de persoonlijke verzorging verleent, daarmee ook

verantwoordelijk voor de dagelijkse mondverzorging. De afspraken die hierover tussen cliënt en zorgaanbieder worden gemaakt, staan in het zorgplan van de cliënt.

### **Tandheelkundige zorg/professionele mondzorg**

Tandheelkundige zorg of professionele mondzorg is zorg die:

- geleverd wordt conform de van toepassing zijnde mondzorg-regelgeving (beleidsregels en beschikkingen) van de NZa én;
- geleverd wordt door een mondzorgprofessional.

We willen benadrukken dat tandheelkundige zorg/professionele mondzorg dus niet de dagelijkse mondverzorging betreft.

Cliënten met een Wlz-indicatie voor verblijf met behandeling die in een Wlz-instelling wonen en van dezelfde instelling waar ze wonen behandeling krijgen, hebben recht op tandheelkundige zorg/professionele mondzorg uit de Wlz. In het geval dat de behandeling bij een verblijf met behandeling niet geleverd wordt door dezelfde instelling, als er sprake is van verblijf zonder behandeling, een VPT, MPT, PGB of een combinatie van PGB/MPT, dan geldt dat de tandheelkundige zorg/professionele mondzorg wordt gefinancierd uit de Zvw, uit een aanvullende (tand)verzekering of voor eigen rekening komt.

Voor de zorgaanbieder/Wlz-instelling die aan cliënten verblijf met behandeling levert, gelden bij de zorgverlening aan die cliënten de volgende aanvullende voorwaarden.

#### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- De zorgaanbieder regelt de (dagelijkse) mondverzorging van het (kunst)gebit. Persoonlijke verzorging maakt namelijk onderdeel uit van het geïndiceerde ZZP/Zorgprofiel.
- Als er aanvullend tandheelkundige zorg/professionele mondzorg nodig is door een mondzorgprofessional (een tandarts, orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde), dan moet de zorgaanbieder dit regelen voor de cliënt.
- De zorgaanbieder en de mondzorgprofessional, die een onderaannemer van de zorgaanbieder is, maken vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken. Onder andere over de mondzorgverlening en de informatie die nodig is om een machtigingsaanvraag te doen (waar nodig), de zorg te registreren en te declareren<sup>1</sup>. In de samenwerkingsafspraken wordt opgenomen dat de Algemene voorwaarden mondzorg Wlz van toepassing zijn als de mondzorgprofessional bij het zorgkantoor declareert.
- De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt zowel vastgelegd in het cliëntdossier van de zorgaanbieder als in het cliëntdossier van de mondzorgprofessional.
- De mondzorgprofessional is verantwoordelijk voor de inhoud van een tandheelkundig zorgplan en voor de behandeling. In het tandheelkundig zorgplan is de benodigde zorg beschreven. De zorgaanbieder ziet erop toe dat het tandheelkundig zorgplan deze beschrijving bevat.
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de mondzorgprofessional de zorg kan leveren. Denk daarbij aan het beschikbaar stellen van een ruimte of het brengen van de cliënt naar de mondzorgprofessional.
- De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de mondzorgprofessional (diens onderaannemer) de zorg daadwerkelijk levert. Hij ziet erop toe dat de mondzorg het meest

---

<sup>1</sup> Meer informatie over de juiste prestaties is te vinden in de informatiekaart van de NZa (Informatiekaart NZa-regels mondzorg voor patiënten met Wlz-indicatie); zie: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_728209\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_728209_22/1/).

passend is voor de cliënt en controleert dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. De zorgaanbieder heeft zijn AO/IC hierop aangepast.

- De zorgaanbieder zorgt voor kwalitatief goede mondzorg: dagelijkse mondverzorging en tandheelkundige zorg/professionele mondzorg. De zorgaanbieder geeft prioriteit aan de verdere verbetering van de mondzorg en aan het bevorderen van de deskundigheid van het personeel als het gaat om mondverzorging.
- De zorgaanbieder voert minimaal 1 keer per jaar interne audits uit naar de kwaliteit van de mondzorg, waarbij de drie pijlers uit het relevante toetsingskader van de IGJ<sup>2</sup> – persoonsgerichte zorg, deskundige medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid – aan de orde komen. Het zorgkantoor kan toetsen of de audits zijn uitgevoerd.

### *Toelichting*

#### **Machtigingen en vergoedingen**

De tandheelkundige zorgkosten worden bovenbudgettair vergoed. Voor een deel van de behandelingen is een machtiging nodig. De mondzorgprofessional vraagt, zo nodig, een machtiging aan en declareert de verleende zorg bij het zorgkantoor. Vergoedingen in de Wlz zijn, met uitzondering van orthodontie en een beperkt aantal kostencodes, op basis van bestede tijd. Ter onderbouwing van de bestede tijd wordt gebruik gemaakt van reguliere Zvw-prestaties. Daarnaast mag de mondzorgprofessional techniek- en materiaalkosten in rekening brengen.

Meer informatie vindt u in de Beleidsregels voor mondzorg<sup>3</sup>, in de Regeling mondzorg en, daar waar van toepassing, in de bijbehorende prestatie- en tariefbeschikkingen. Daarnaast verwijzen we u naar de Algemene voorwaarden mondzorg Wlz, zoals gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren. Wanneer mondzorgprofessionals bij het zorgkantoor declareren, zijn de Algemene voorwaarden mondzorg Wlz van toepassing. Ook attenderen wij u op de Informatiekaart NZa regels mondzorg voor patiënten met Wlz-indicatie, die te vinden is op de website van de NZa<sup>4</sup>.

#### **Niet alle zorg vergoed**

Niet alle tandheelkundige zorg wordt (geheel) vergoed. In de wet- en regelgeving staan aanvullende regels:

- Voor bepaalde ingrepen moet de instelling of de mondzorgprofessional van tevoren toestemming vragen aan het zorgkantoor. Dat is onder meer in bepaalde gevallen nodig bij het plaatsen van een beugel, kroon of brug. De mondzorgprofessional informeert de cliënt over de vergoeding van de behandeling.
- Gaat een cliënt ergens anders wonen? Dan heeft de cliënt nog negen weken lang recht op de tandheelkundige hulp waarmee voor de verhuizing al was begonnen. Bijvoorbeeld: hij krijgt het kunstgebit dat al is besteld, nog geleverd.
- Kijk voor de precieze regels bij tandheelkundige zorg in de Regeling langdurige zorg, artikel 2.4.

#### Meer informatie over het machtigingen- en declaratietraject

---

<sup>2</sup> Toetsingskader mondzorg in verpleeghuizen van de IGJ.

<sup>3</sup> De Beleidsregels voor mondzorg betreffen: de Beleidsregel Wlz-zorgaanbieders met tandartspraktijk, de Beleidsregel Tandheelkundige zorg, de Beleidsregel Orthodontische zorg en de Beleidsregel Bijzondere tandheelkunde instellingen.

<sup>4</sup> Zie voetnoot 1.

De zorgkantoren hebben op hun website nadere informatie staan over onder andere de behandelingen waarvoor een machtiging aangevraagd moet worden, de wijze van aanvragen van machtigingen en declareren, tarieven en de algemene voorwaarden.

## 2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)

### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de volgende hulpmiddelen voor alle Wlz-cliënten die verblijven in een Wlz-zorginstelling. De zorgaanbieder financiert de roerende voorzieningen uit het budget van de instelling. Dat zijn hulpmiddelen voor zorg en wonen die meerdere personen gebruiken, zoals hoog-laagbedden, tilliften en douchestoelen. Mobiliteitshulpmiddelen, zoals een individueel aangepaste rolstoel, aangepaste fietsen en een scootmobiel voor individueel gebruik, zijn bovenbudgettair.
- Alleen voor de Wlz-cliënten met verblijf inclusief behandeling betaalt de zorgaanbieder hulpmiddelen voor verpleging en verzorging uit het instellingsbudget. Bijvoorbeeld stoma-materialen en wondverzorgingsproducten. Persoonsgebonden hulpmiddelen zijn bovenbudgettair, zoals orthopedisch schoeisel, persoonsgebonden kleding, prothesen en statische ligorthesen.
- Zorgaanbieders financieren spraakvervangende hulpmiddelen zelf uit het instellingsbudget. Zorgkantoren vergoeden echter een gedeelte bovenbudgettair voor Wlz-cliënten met verblijf inclusief behandeling. Het gaat hierbij om hulpmiddelen voor primaire communicatie<sup>5</sup>. De secundaire communicatie komt niet in aanmerking. Het gaat om een vergoeding van 50% van de kosten, met een maximum per cliënt van € 5.000,- inclusief BTW, eenmaal per 5 jaar.
- Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling van alle bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen. Een gekwalificeerd en deskundig paramedicus stelt de indicatie. Bijvoorbeeld een ergotherapeut of een fysiotherapeut met een specifieke opleiding rond die indicatiestelling.
- Zorgaanbieders werken samen met de gecontracteerde leveranciers van bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen. Goede samenwerking en registratie zijn van belang om de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de hulpmiddelenzorg te borgen.

### *Toelichting*

De zorgkantoren sluiten contracten met hulpmiddelenleveranciers. Deze leveranciers leveren in opdracht van de zorgaanbieder het hulpmiddel en faciliteren de cliënt en de zorgaanbieder in een juist en veilig gebruik van het hulpmiddel. De hulpmiddelenleverancier declareert rechtstreeks bij het zorgkantoor.

### **Protocollen voor bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen**

Voor bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen gelden specifieke protocollen. Deze protocollen maken onderdeel uit van de overeenkomst met de leveranciers en zijn door de meeste zorgkantoren opgenomen in het regionale deel van de overeenkomst met de

---

<sup>5</sup> Primaire communicatie is functioneel noodzakelijk tussen cliënt en zorgverlener(s) om de noodzakelijke zorgtaken adequaat uit te voeren. Bijvoorbeeld: communicatie over de behandeling, de verzorging, het welbevinden e.d. Secundaire communicatie is alle overige communicatie die de cliënt voert met zijn/haar omgeving.



zorgaanbieder. Het gebruik en de toepassing van de protocollen geldt dus zowel voor de zorgaanbieder als voor de hulpmiddelenleverancier. In de protocollen vindt u ook de aanvraagprocedure. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het zorgkantoor of de website van uw zorgkantoor raadplegen.

### **Per 2021 ingestroomde GGZ-klanten mogen mobiliteitshulpmiddel behouden**

Sinds 1 januari 2021 kunnen mensen die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nodig hebben, direct toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Aandachtspunt hierbij is: cliënten met een indicatie GGZ-wonen die in een Wlz-instelling verblijven, voorheen zorg ontvingen via de Wmo en al in het bezit zijn van een mobiliteitshulpmiddel, mogen deze behouden. De gemeente blijft verantwoordelijk voor onderhoud, reparaties en aanpassingen tot het hulpmiddel vervangen moet worden. Pas bij vervanging wordt een nieuwe aanvraag gedaan, ten laste van de Wlz.

Meer informatie over hulpmiddelen en roerende voorzieningen vindt u hier:

- [De hulpmiddelenwijzer](#)
- Artikel 3.1.2 van het Besluit langdurige zorg
- Artikel 2.3 van de Regeling langdurige zorg

## **2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&V, GGZ en GZ)**

### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

Het kabinet wil het met het wetsvoorstel Domeinoverstijgend Samenwerken (DOS) voor zorgkantoren mogelijk maken om middelen in te zetten buiten de langdurige zorg. Zorgkantoren hebben daar behoefte aan. Dit wetsvoorstel maakt het voor ons mogelijk om te investeren in voorzieningen die eraan bijdragen dat mensen langer en meer zelfstandig thuis wonen zonder langdurige zorg. Het wetsvoorstel was nog niet gereed voor publicatie van de landelijke inkoopvisie Wlz en het regionale beleid van de zorgkantoren. Als het wetsvoorstel alsnog in werking treedt voor 1 januari 2025, dan publiceren de zorgkantoren een aanvulling op het inkoopbeleid.

Voorafgaand aan het wetsvoorstel dat nog in ontwikkeling is, maakte VWS een tussentijdse subsidieregeling voor gemeenten. Het is niet mogelijk voor zorgaanbieders of zorgverzekeraars om rechtstreeks aanvragen in te dienen. Gemeenten kunnen in 2023 een Specifieke Uitkering (SPUK) aanvragen bij VWS. De zorgkantoren zijn medeondertekenaar van de voorstellen. Als het wetsvoorstel niet in werking treedt voor 2025, dan continueert VWS de tussentijdse subsidieregeling voor gemeenten. Zorgkantoren hanteren bij de beoordeling van de voorstellen onderstaande richtlijnen:

- Er moet een positieve businesscase zijn voor het Fonds langdurige zorg.
- Het voorstel moet passen binnen de beschikbare middelen (subsidie).
- Het betreft louter financiering van algemene/preventieve voorzieningen. Dus geen (individuele) maatwerkvoorzieningen.
- Er is geen dubbele bekostiging (uit andere financieringsbronnen).
- De voorstellen voldoen aan de eisen in het (concept) wetsvoorstel DOS .

In september 2024 wordt duidelijk of het wetsvoorstel per januari 2025 in werking treedt. Als de wet in werking treedt, zullen zorgkantoren de zorgaanbieders t.z.t. nader informeren.

### *Toelichting*

Goede samenwerking tussen de verschillende domeinen is essentieel om passende zorg en continuïteit van zorg te bieden. Cliënten die een Wlz-indicatie ontvangen, zijn veelal bekend bij zorgaanbieders in het kader van de Zvw die wijkverpleging en/of eerstelijnsverblijf bieden en/of bij gemeenten in het kader van de Wmo. Zorgkantoren werken dan ook nauw samen met zowel zorgverzekeraars als gemeenten om de overgang voor cliënten en de zorg en ondersteuning goed af te stemmen. Hierover leest u meer in het regionale beleid van uw zorgkantoor.

## **2.6 Specialistische zorg (V&V en GZ)**

### **Toeslag chronische ademhalingsondersteuning**

Betreft de vigerende Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis. De toeslag is van toepassing op cliënten met een indicatie voor LG2 en LG4 tot en met 7, VV4 tot en met 9b en VG3 tot en met 8.

#### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- Deze prestatie met bijbehorende tariefafspraken is zowel van toepassing op de planbare als de niet-planbare inzet van personeel.
- Er zijn aantoonbaar contacten met zowel medisch specialisten als met het Centrum voor Thuisbeademing (CTB).
- Er is sprake van aantoonbare samenwerking met een nabijgelegen ziekenhuis om snel te handelen in crisissituaties.
- Het personeel dat betrokken is bij de (non-)invasieve beademing van cliënten is hiertoe aantoonbaar geschoold. Bij scholing is een van de Centra voor Thuisbeademing betrokken.
- De zorgaanbieder heeft kennis en kunde continu paraat en maakt deze specialistische functie bekend op haar website en in het foldermateriaal.
- Specifiek voor de invasieve beademing: gezien het medisch specialistische karakter van deze zorg, kan deze alleen worden geleverd waar behandeling wordt geboden. Deze beademingsplekken worden zoveel als mogelijk geclusterd geleverd en hebben een regionale functie.

## **2.7 Infectiepreventie (V&V, GZ en GGZ)**

#### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

Infectiepreventie maakt een vast onderdeel uit van de kwaliteitscyclus van een zorgaanbieder.

### *Toelichting*

Om te zorgen dat de langdurige zorg goed is voorbereid op (pandemische) uitbraken van infectieziekten, wordt middels het Beleidsprogramma pandemische paraatheid van VWS

ingezet op het versterken van hygiëne en infectiepreventie. Kennis en expertise over hygiëne en infectiepreventie zijn van groot belang bij het voorkomen en bestrijden van een uitbraak en het beschermen van cliënten en zorgverleners. Verbetering van infectiepreventie mag niet vrijblijvend zijn, maar moet een vast onderdeel worden van de kwaliteitscyclus.

## 2.8 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ, GGZ)

Deze aanvullende inkoopvoorwaarden zijn alleen relevant voor die zorgaanbieders die zijn aangewezen als regionale en doelgroepen expertisecentra (hierna: REC en DEC) voor de doelgroepen Korsakov, Huntington en Langdurige Bewustzijns Stoornis (LBS), zoals beschreven in de vigerende NZa beleidsregel gespecialiseerde zorg Wlz 2024. Met ingang van het jaar 2025 kopen zorgkantoren ook expertisetzorg voor de LVHC doelgroepen Gerontopsychiatrie (GP+) en dementie met zeer ernstig probleemgedrag (DZEP) in.

De inkoop van deze twee doelgroepen is onder voorbehoud van publicatie van de NZa beleidsregels met de prestatieomschrijvingen en de tarieven voor LVHC zorg en de wijzigingen in de Regeling langdurige zorg<sup>6</sup> (Rlz) per 1 juli 2024.

De gewijzigde RIZ is op 18 juni 2024 met toevoeging van de aanspraken DZEP en GP+ in de Staatscourant gepubliceerd.

[stcrt-2024-18860.pdf](https://www.stcrt-2024-18860.pdf) ([officielebekendmakingen.nl](https://www.officielebekendmakingen.nl))

### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

#### Inhoudelijk

- De zorgaanbieder maakt deel uit van het door de commissie expertisecentrum langdurige zorg (hierna: de CELz) vastgestelde zorglandschap en is met een positief deskundigenadvies van de CELz aangewezen als REC of DEC.
- Zorgaanbieder heeft een schriftelijke bevestiging van het positief deskundigenadvies van de CELz, waarbij per REC of DEC het maximum aantal plaatsen wordt benoemd.
- De aangewezen zorgaanbieder<sup>7</sup> voldoet aan de toetsingscriteria zoals vastgesteld door de CELz en is onafhankelijk gevisiteerd in het kader van het LVHC netwerk.
- De zorgaanbieder is lid van het landelijke doelgroepen netwerk en verbindt zich aan de ontwikkelde standaarden, werkwijzen, interventies en CELz-criteria, en beleidsregels vanuit de NZa. Zorgaanbieder implementeert deze in de eigen organisatie. Hierdoor ontstaat een continu proces van leren en verbeteren.

#### Inkoop

- Het betreffende ZZP kan worden gedeclareerd vanaf de ingangsdatum vermeld op het schriftelijke deskundigenadvies van de CELz, echter niet eerder dan 1 januari 2024.
- De productieafpraak is gebaseerd op het aantal plaatsen verblijf zoals opgenomen in het positief deskundigenadvies van de CELz. Dit aantal plaatsen per REC of DEC kan niet

<sup>6</sup> Regeling van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van 21 juni 2023 houdende wijziging van de Regeling langdurige zorg in verband met gespecialiseerde zorg in verband met de ziekte van Huntington en een langdurige bewustzijnsstoornis (3609635-1049539-LZ) en de bijbehorende toelichting.

<sup>7</sup> Voor het overzicht van de aangewezen REC/DEC en het maximum aantal erkende plekken per 1-1-2024 verwijzen we naar de websites van de kennisnetwerken. Voor Huntington [klik hier](#), voor LBS [klik hier](#) en voor Korsakov [klik hier](#).

De link van D-zep: [Zorglandschap D-zep - D-ZEP \(dzep.nl\)](#) De link voor GP+ is bij publicatie van NvI nog niet beschikbaar

- worden verhoogd.
- De productieafpraak kan niet hoger zijn dan het aantal verblijfsplaatsen genoemd in het positief deskundigenadvies van de CEIz maal het aantal verwachte ligdagen van het betreffende jaar.
  - De productieafpraak kan alleen gemaakt worden binnen de duur van het positief deskundigenadvies van de CEIz
  - Voor cliënten waarvoor LVHC expertisetzorg is ingekocht, bij een REC of DEC, kunnen geen toeslagen worden gedeclareerd en kan ter bekostiging van de LVHC zorgkosten geen meerzorg worden aangevraagd.
  - Het regionale inkooppercentage van het zorgkantoor is van toepassing.

### *Toelichting*

Op basis van het KPMG-onderzoek 'Expertisecentra langdurige zorg'<sup>8</sup> heeft de Minister in september 2019 in een brief aan de Tweede Kamer toegezegd voor laag volume hoog complexe (hierna: LVHC) groepen in de Wlz een aparte kennisinfrastructuur te zullen vormgeven. Deze infrastructuur bestaat uit het delen van kennis alsmede het leveren van intensieve zorgverlening door expertisecentra. Om regie te voeren op de realisatie van deze kennisinfrastructuur heeft de Minister de commissie expertisecentrum langdurige zorg (hierna: de CEIz) ingesteld<sup>9,10</sup>. De zogenoemde LVHC groepen betreft een limitatief aantal specifieke groepen cliënten waarvan het aantal cliënten relatief klein is, terwijl er sprake is van een complexe zorgbehoefte waardoor op basis van medische beoordeling een aanvullende zorgbehoefte kan bestaan om de kwaliteit van zorg te borgen.

De CEIz heeft criteria ontwikkeld ten aanzien van expertisecentra die expertisetzorg verlenen aan specifieke doelgroepen met een hoog complexe zorgbehoefte en een laag volume. In dit kader adviseert de CEIz de minister van VWS welke zorgaanbieders volgens de CEIz aan de criteria voor expertisetzorg voldoen. Ook adviseert de CEIz over het noodzakelijke volume van de expertisetzorg per doelgroep. Dit advies van de CEIz wordt door VWS aan de zorgkantoren ter beschikking gesteld. Het zorgkantoor ziet deze adviezen als leidend en besluit op basis van deze voor de zorgkantoren zwaarwegende adviezen van de CEIz welke aanbieders worden gecontracteerd om de expertisetzorg te leveren in de vorm van een REC of een DEC.

---

<sup>8</sup> KPMG, 'Expertisecentra Langdurige Zorg', Rapport in opdracht van het Ministerie van VWS, 21 mei 2019.

<sup>9</sup> Kamerbrief over adviesrapport Expertisecentra Langdurige Zorg, 14 juni 2019, Kamerstukken 2018-2019, 31 765, nr. 414.

<sup>10</sup> Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 november 2022, kenmerk 3470030-1039890-LZ, houdende de instelling van de Commissie Expertisecentra langdurige zorg (Instellingsbesluit Commissie Expertisecentra langdurige zorg), Staatscourant 2022, nr 32170

# 3 V&V

## 3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling

Het is mogelijk om de kosten van leegstand te declareren als een cliënt overlijdt en wordt opgebaard in zijn of haar eigen kamer. Dit kan door het declareren van mutatiedagen volgens de vigerende Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis.

### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij de kosten van het opbaren in de eigen kamer vooraf goed bespreken met de nabestaanden. Hierbij gelden de volgende voorwaarden:

- Kosten van de “lege” kamer mogen niet in rekening gebracht worden bij de nabestaanden. Deze kunnen door V&V zorgaanbieders worden gedeclareerd als mutatiedagen, conform de voorwaarden genoemd in de beleidsregel.
- Het werkelijke aantal mutatiedagen wordt gedeclareerd en niet het maximaal toegestane aantal.
- Extra kosten voor het opbaren mogen wel in rekening worden gebracht bij de nabestaanden of de uitvaartverzekeraar. Deze kosten voor het opbaren van de overledenen vallen niet onder de Wet Marktordening Gezondheidszorg. Ze worden derhalve niet gereguleerd door de NZa en kunnen niet ten laste worden gebracht van de Wlz.

## 3.2 Overige zorgzwaartepakketten

### **Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (ZZP 9b)**

Betreft de Beleidsregel prestatiesbeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis.

### *Aanvullende inkoopvoorwaarde*

- Gezien het medisch specialistische karakter van dit ZZP-pakket, kan deze zorg alleen worden geleverd op een locatie/plaats waar behandeling wordt geboden.

# 4 GGZ

## 4.1 Inkoop beveiligde zorg

### Convenant Capaciteit Beveiligde Bedden Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg

#### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

Zorgaanbieders die afspraken hebben met hun zorgkantoor over het leveren van beveiligde zorg op niveau 2, 3 en 4, moeten het Dashboard Beveiligde Bedden consequent vullen met actuele, juiste en volledige informatie over de opnamecapaciteit.

#### *Toelichting*

We zien in de maatschappij een toename van het aantal mensen dat een gevaar vormt voor zichzelf of anderen. Hun toegang tot de Wlz en specifieke voorzieningen gaat daarom gepaard met extra aandacht voor beveiligde plaatsen. Om zicht te krijgen op het aantal beveiligde plaatsen dat nodig is, is er een convenant Capaciteit Beveiligde Bedden Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg gesloten. Dit is ondertekend door de ministeries van VWS en JenV en door VGN, de Nederlandse GGZ en ZN.

Doel van het convenant:

- Overzicht hebben en houden op de beschikbaarheid van voldoende en passende beveiligde zorg.
- Inzicht hebben in de eventuele knelpunten die zich voordoen bij het plaatsen van cliënten die zorg en ondersteuning in een beveiligde klinische setting nodig hebben.

Onderdeel van het convenant is de inrichting van een Dashboard Beveiligde Bedden. Hier is een actieve rol voor zorgaanbieders weggelegd. Dankzij dit dashboard krijgen zorgkantoren meer inzicht in het aantal plaatsen dat zij jaarlijks moeten inkopen.

### Maatwerk voor zorgprofiel 5

#### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

Cliënten met zorgprofiel 5 GGZ-W hebben maatwerk nodig:

- Bieden zorgaanbieders beveiligingsniveau 1 conform de forensische zorg, dan maken we volumeafspraken. Deze aanbieders moeten daarbij wel voldoen aan het convenant Capaciteit Beveiligde Bedden Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg.
- Kunnen aanbieders niet het beveiligingsniveau 1 van de forensische zorg bieden? En vraagt de specifieke cliëntwens hier niet om? Dan maken we per cliënt en per situatie maatwerkafspraken. In deze situatie willen we wel dat zorgaanbieders het volgende hebben geborgd in begeleidings- en/of behandelplannen van individuele cliënten:

- Informatie rondom de zorgbehoefte van de cliënt, inclusief een begeleidingsplan van de desbetreffende cliënt met de voorgeschiedenis, diagnostiek, doelen, risico's, daginvulling, het signaleringsplan en eventueel een behandelplan.
  - De wijze van toezicht op de betrokkene om diens veiligheid en die van zijn of haar omgeving voldoende te borgen.
  - De kwalificaties van en het aantal zorgverleners dat op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de zorg aanwezig moet zijn om verantwoorde zorg te borgen en hulpvragen te signaleren.
  - Gegevens van de ter zake deskundige zorgverlener die direct bereikbaar is voor verzoeken om hulp van betrokkene of diens naasten.
  - Individuele afspraken over continu toezicht, beperking van de bewegingsruimte of verbod op middelengebruik, zoals alcohol en drugs zijn opgenomen in het behandelplan.
  - Afspraken over het voorkomen van escalaties en de uitvoer van interventies tijdens escalaties, zowel binnen de locatie als met bijvoorbeeld de politie of de GGZ crisisdienst.
- Als cliënten met zorgprofiel 5 beveiligingsniveau 2 of 3 nodig hebben, kan dat alleen bij de Borginstellingen en aanbieders met een forensisch psychiatrische afdeling of kliniek.

#### *Toelichting*

Zorgprofiel 5 ('beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding') vraagt om maatwerk. Hierbij kán namelijk beveiligde zorg nodig zijn, maar de behoefte daaraan is divers en verschilt per situatie. Wanneer u voornemens bent om zorg te leveren aan een cliënt met zorgprofiel 5, neemt u hiervoor contact op met uw zorginkoper.

# 5 GZ

## 5.1 Specialistische zorg

### Toeslag observatie

Betreft de vigerende Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis. De toeslag is van toepassing op VG5 tot en met VG8 en LVG3 tot en met LVG5

#### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- De zorgaanbieder verzorgt voor deze functie een bovenregionaal aanbod.
- Bij cliënten die worden opgenomen op een observatieplaats, is vooraf vastgesteld dat observatie uitsluitend kan plaatsvinden binnen een klinische setting. In algemene zin heeft ambulante observatie de voorkeur.
- De zorgaanbieder heeft observatiedoelen ontwikkeld. Op basis hiervan wordt een cliënt opgenomen op een observatieplaats. De zorgaanbieder maakt in een zorgplan duidelijk wat er geobserveerd gaat worden en met welk doel.
- Een observatie duurt in eerste instantie maximaal een halfjaar. Deze periode kan eventueel verlengd worden met drie maanden tot een maximum van één jaar observatie in totaal.
- De behandelaar is eindverantwoordelijk voor het observatieproces en het resultaat van de observatie in de vorm van een observatierapport (en behandeladvies). De begeleiding van de cliënt binnen de observatieplaats en de taken van het observatieproces worden uitgevoerd door medewerkers van hbo-niveau.

### Zorg voor zintuiglijk beperkten

Betreft de ZG-prestaties in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis.

#### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- De specifieke deskundigheid die vereist is voor ZG-cliënten moet aanwezig zijn binnen de instelling. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het beheersen van de communicatiemethoden (gebarentaal, braille). Deze specifieke deskundigheid dient binnen de instelling aanwezig te zijn. Dit is nodig om de continuïteit van de benodigde zorg te kunnen garanderen en deze zorg te blijven ontwikkelen.
- Om aan bovenstaande voorwaarde te kunnen voldoen, dient er een minimum aantal ZG-cliënten aanwezig te zijn.
- De diversiteit is deels te verklaren uit het feit dat er veelal sprake is van een combinatie van beperkingen, wat ervoor zorgt dat de problematiek complex en multidisciplinair van



aard is. Medewerkers moeten geschoold zijn in de specifieke ondersteuning die ontstaat door de combinatie van deze verschillende beperkingen.

- Er is een multidisciplinair team met ZG-expertise aanwezig.
- De leefomgeving moet zijn aangepast op de zintuiglijke beperking. Voorbeelden: akoestische aspecten, verlichting en inrichting van de ruimten en gebouwgebonden hulpmiddelen.
- De zorg heeft betrekking op de Wlz-zorg. Zie in de toelichting hieronder wanneer hier sprake van is.

### *Toelichting*

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

- Iemand heeft een indicatie voor een zorgprofiel, anders dan een zorgprofiel voor een zintuiglijke handicap (ZG), én heeft behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap. Dan wordt deze zintuiglijke behandeling vergoed vanuit de Zvw. Deze behandeling wordt geleverd boven op de Wlz-zorg.
- Iemand heeft een indicatie voor een ZG-zorgprofiel en heeft behandeling nodig voor zijn of haar zintuiglijke handicap. De behandeling ZG wordt in dit geval wel betaald uit de Wlz en niet uit de Zvw. De behandeling is dan integraal onderdeel van het zorgprofiel.
- Voor cliënten met een ZZP ZGvis 1 en 2 die structureel ZG-behandeling nodig hebben, kan een herindicatie worden aangevraagd. Als de behandeling voor een beperkte periode nodig is, kan de behandeling ZG voor die periode gelijktijdig met het ZZP worden ingezet en gedeclareerd. Bij ZZP ZGvis 1 en 2 is behandeling namelijk géén onderdeel van het ZZP. Voor de prestaties ZGvis 3 tot en met 5 kán behandeling wel onderdeel zijn van het ZZP. Als na herindicatie het geïndiceerde zorgprofiel een ZZP ZGvis 3 tot en met 5 is, is behandeling wel een onderdeel van het basis ZZP-budget en kan de BH ZG vanuit de rekenmodule worden gefinancierd.

### **Toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg**

Betreft de vigerende Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis. De toeslag kent 3 niveaus: laag, midden en hoog. De beleidsregel geeft per niveau aan op welke ZZP en voor welke sector de toeslag van toepassing is.

### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- De zorg wordt geleverd door een instelling die het volledige spectrum aan epilepsiezorg op een kwalitatief toereikend niveau aanbiedt; hiertoe behoort ook gespecialiseerd onderwijs voor kinderen met epilepsie.
- De zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die zowel derdelijns klinische als langdurige epilepsiezorg levert en daarmee een landelijke functie voor deze specifieke doelgroep vervult.
- De zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die voortdurend wetenschappelijk onderzoek verricht op het gebied van epilepsie, in samenwerking met academische partners. De zorgaanbieder heeft geborgd dat de resultaten en recente ontwikkelingen in de klinische en langdurige zorg worden geïmplementeerd.
- Alle medewerkers die direct cliëntcontact (kunnen) hebben (dus zowel zorgverlenend

als niet-zorgverlenend personeel), zijn toegerust om adequaat te handelen in relatie tot de specifieke doelgroep.

## 5.2 Overige zorgzwaartepakketten

### ZZP 7 VG

Betreft de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis.

#### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- VG 7-cliënten hebben meestal behoefte aan een gesloten/besloten setting. De zorgaanbieder moet hierin voorzien.
- Er is permanent toezicht en mogelijkheid tot direct ingrijpen.
- Indien noodzakelijk moeten Middelen en Maatregelen binnen de kaders van de Wet Zorg en Dwang kunnen worden toegepast. Individuele risico's van cliënten worden vastgelegd in het zorgplan of signaleringsplan.
- Er is een adequaat alarmeringssysteem en directe back-up van collega's aanwezig. Binnen vijf minuten moet iemand bij de cliënt kunnen zijn.
- Er is periodieke scholing met betrekking tot onderwerpen als agressieregulering en gedragsproblemen.
- Er moeten een AVG, gedragsdeskundige en begeleiders van hbo-niveau aanwezig zijn.

## 5.3 SGLVG en LVG-zorg

### **Algemene voorwaarden voor SGLVG en LVG-zorg ((SG)LVG)**

- Zorgkantoren zetten geen (SG)LVG-indicaties meer om naar zorg thuis of een VG-toewijzing. De RIz en de beleidsregels staan niet toe om een (SG)LVG-indicatie structureel te verzilveren in een VG ZZP, VPT of MPT. Ook als een cliënt met deze indicatie bij een zorgaanbieder zonder behandeling verblijft, mogen zorgkantoren deze zorg niet vergoeden.
- Een uitzondering op deze regel is het overbruggen van de tijd tot opname in een (SG)LVG-behandelinstelling. Het is niet altijd mogelijk om direct na het krijgen van de indicatie bij een (SG)LVG-behandelinstelling te wonen. Het is wel nodig om de behandeling zo snel mogelijk te starten. De cliënt kan dan gedurende maximaal 2 x 13 weken de (SG)LVG-indicatie als overbrugging op een andere manier verzilveren. Dat kan zijn bij een andere zorgaanbieder die geen (SG)LVG-zorg biedt, met een VG-toewijzing, VPT of een MPT. Als de (SG)LVG-behandelinstelling daarnaast alvast een ambulante behandeling inzet, vergoeden zorgkantoren de betreffende behandelprestatie. Een voorwaarde voor het toekennen van overbruggingszorg is dat de cliënt actief wachtend is bij een (SG)LVG-behandelinstelling waarmee het betreffende zorgkantoor een overeenkomst heeft.
- Per 1 januari 2020 mag er geen enkel LVG-zorgprofiel in een PGB worden verzilverd. Uitzondering hierop zijn mensen met een LVG-zorgprofiel 1 en 2 die voor 1 januari 2020 al een PGB kregen. Zij kunnen het PGB behouden tot hun lopende indicatiebesluit is

afgelopen.

- Na afronding van de behandeling moet de (SG)LVG-zorgaanbieder tijdig een vervolgindeicatie regelen. Als de (SG)LVG-indicatie verloopt (na maximaal drie jaar) en er is nog steeds vervolgzorg nodig, dan moet de cliënt tijdig een nieuwe indicatie aanvragen. Overplaatsing naar een nieuwe thuissituatie of een andere Wlz-instelling kan niet meer met een (SG)LVG-indicatie, de cliënt moet dan de juiste indicatie hebben. Dit kan een indicatie binnen de Wlz of de Wmo zijn. Dan is namelijk meteen duidelijk wie verantwoordelijk is voor (de betaling van) de zorg.
- Na afronding van de behandeling kunnen dus de volgende situaties ontstaan:
  - De cliënt krijgt opnieuw een (SG)LVG-indicatie, waardoor de zorg kan worden gecontinueerd.
  - De cliënt krijgt een nieuwe Wlz-indicatie anders dan (SG)LVG. Dan stroomt hij of zij door naar een andere Wlz-instelling of krijgt hij of zij Wlz-zorg thuis. Als er nog geen plaats is in de nieuwe instelling, kan hij of zij tijdelijk in de (SG)LVG-instelling blijven. Het zorgkantoor vergoedt deze zorg gedurende maximaal 2 x 13 weken met nieuwe O-prestaties overbruggingszorg LVG of SGLVG. De nieuwe indicatie hoeft hiervoor niet omgezet te worden naar de (SG)LVG-indicatie.
  - De cliënt krijgt géén Wlz-indicatie. Dan stroomt hij of zij uit naar Wmo-ondersteuning, al dan niet aangevuld met ambulante behandeling. De behandeling is dan een Zvw-aanspraak. Als er nog geen woning of ondersteuning beschikbaar is, kan het CIZ de (SG)LVG-indicatie maximaal drie maanden verlengen. De cliënt kan dan langer in de (SG)LVG-instelling blijven. Zorgkantoren betalen de (SG)LVG-zorgaanbieder gedurende deze periode het tarief dat past bij de betreffende (SG)LVG-indicatie. Na 13 weken mag het zorgkantoor geen declaratie voor deze cliënten meer vergoeden.

### **Aanvullende voorwaarden voor LVG-zorg**

Zorgkantoren maken voor het leveren van zorg aan cliënten met een LVG-indicatie alleen afspraken met zorgaanbieders die passende integrale behandelzorg voor gedragsproblemen in een verblijfssetting kunnen leveren. Deze zorgaanbieders moeten hierin ook aantoonbaar expertise en ervaring hebben opgebouwd.

Om duidelijk te maken wat zorgaanbieders in huis moeten hebben, hebben zorgkantoren in afstemming met de Vereniging van Orthopedagogische BehandelCentra en de VGN aanvullende inkoopvoorwaarden ontwikkeld. Deze inkoopvoorwaarden bouwen voort op de zorgprofielen van het CIZ en de beleidsregels van de NZa. Zorgkantoren maken hierbij onderscheid in het aanbod voor cliënten met een indicatie LVG 1, 2 en 3 en LVG 4 en 5, omdat deze indicaties andere eisen stellen aan de behandelsetting.

Zorgaanbieders die deze zorg voor het eerst willen leveren aan cliënten met een LVG-indicatie, moeten aantoonbaar voldoen aan onderstaande aanvullende voorwaarden. .  
Daarnaast beschrijven zij hun visie op deze zorg. Zorgkantoren kunnen hiermee een afgewogen oordeel vormen over de vraag of de zorgaanbieder de zorg mag gaan leveren.

Ook geven deze voorwaarden zorgkantoren een goed kader om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg aan cliënten met een LVG-indicatie.

#### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- De LVG-zorgaanbieder is integraal verantwoordelijk voor wonen, begeleiding, Wlz-specifieke behandeling én algemeen medische zorg. 24 uur per dag en 7 dagen in de week.
  - De zorgaanbieder werkt met 1 integraal behandelplan. Dit behandelplan omvat zowel wonen, werken/dagbesteding/opleiden als vrije tijd. Het multidisciplinaire team verzorgt de input voor het behandelplan. Het behandelplan is samen met de cliënt opgesteld en wordt systematisch geëvalueerd en geactualiseerd. 1 behandelaar is verantwoordelijk voor het integrale behandelplan.
  - De indicatie LVG is tijdelijk (maximaal 3 jaar). Het integrale behandelplan houdt hier rekening mee en werkt toe naar een volgende stap voor onze cliënten. Dat is bijvoorbeeld het perspectief om in de toekomst zelfstandig te wonen of passende zorg te ontvangen in een verblijfssetting met een VG-indicatie.
  
- De LVG zorgaanbieder biedt zowel de Wlz-specifieke behandeling als de algemeen medische behandeling.
  - Bij cliënten met een LVG-indicatie staat altijd de behandeling van gedragsproblemen centraal. De behandeling heeft als doel om kinderen, jongeren en jongvolwassenen te leren omgaan met hun beperkingen en de bijkomende problematiek te verminderen. Het pedagogisch klimaat is een voorwaarde om goed te kunnen begeleiden en behandelen, waarbij de cliënten zich veilig en op hun gemak voelen. De zorgaanbieder biedt alle effectieve orthopedagogische interventies aan die toegesneden zijn op deze doelgroep. De interventies worden geleverd volgens de laatste wetenschappelijke inzichten.
  - De zorgaanbieder biedt diverse vormen van behandeling aan, zoals bijvoorbeeld: traumabehandeling, EMDR en gedragstherapie. Voor LVG 4 en 5 moet de zorgaanbieder voor veel van deze ingezette behandelingen de expertise zelf in huis hebben. Voor LVG 1, 2 en 3 mag de zorgaanbieder de benodigde expertise extern inhuren. De zorgaanbieder blijft in dat geval wel verantwoordelijk voor de kwaliteit van de behandeling.
  - Behandelaren moeten beschikbaar (LVG 4 en 5) of aantoonbaar oproepbaar (LVG 1 - 3) zijn.
  - De zorgaanbieder levert de algemeen medische behandeling. Hieronder valt het leveren (al dan niet via onderaannemerschap) van huisartsenzorg, psychische zorg, farmacie, tandheelkundige zorg en waar nodig van hulpmiddelen. De LVG-zorgaanbieder waarborgt de kwaliteit van deze zorg en betaalt deze zorg uit het tarief (ZZP).
  
- De LVG zorgaanbieder biedt cliënten passende voorzieningen voor wonen, dagbesteding en vrije tijd.

- Voor mensen met een indicatie LVG 1 - 3 hoeven deze activiteiten niet op 1 locatie plaats te vinden. De zorgaanbieder waar de cliënt verblijft, is wel verantwoordelijk voor het integrale zorgaanbod en voert de regie.
  - Voor cliënten met een indicatie LVG 4 en 5 moet de zorgaanbieder al deze functies op 1 locatie aanbieden.
- De LVG zorgaanbieder draagt zorg voor een veilig klimaat voor de cliënt, het personeel, de organisatie en de maatschappij.
- De zorgaanbieder heeft voor deze specifieke doelgroep een veiligheidsbeleid met tenminste de volgende thema's: (seksueel) grensoverschrijdend gedrag, inclusief pesten en agressie; gebruik en misbruik van middelen (alcohol/drugs); huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik; toepassing handreikingen voor hulp aan slachtoffers van mensenhandel/loverboys.
  - De zorgaanbieder voert jaarlijks een risicoanalyse uit op organisatieniveau. De uitkomsten daarvan zijn onderdeel van het kwaliteitsrapport van de zorgaanbieder.
  - Begeleiding en behandeling conform de geldende veiligheidsnormen en wettelijke kaders.
- De LVG-zorgaanbieder beschikt over voldoende gekwalificeerd personeel en werkt volgens algemeen aanvaarde kwaliteitsnormen.
- De zorgaanbieder heeft tenminste 1 verantwoordelijk behandelaar in dienst. Dit kan bij cliënten met een indicatie LVG 1 - 3 een AVG-arts zijn, een basispsycholoog of een basis-orthopedagoog (master).
  - Bij LVG 4 en 5 is de behandelaar altijd een geregistreerde post-master GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist.
  - De begeleiders en behandelaren zijn goed opgeleid en beschikken over specifieke expertise en competenties voor deze doelgroep. Het personeel is een mix van mbo- en hbo-geschoolden. De mix weerspiegelt de zwaarte van de indicatie.
  - Als een zorgaanbieder cliënten heeft met een indicatie LVG 4 of 5, handelt deze zorgaanbieder volgens de kwaliteitscriteria die zijn benoemd in het rapport "OBC in perspectief".
  - Als een zorgaanbieder cliënten heeft met een indicatie LVG 1 – 3, kan de zorgaanbieder de criteria uit dit rapport gebruiken als leidraad.
  - De zorgaanbieder vraagt tijdig een vervolgindicatie aan als de behandeling bijna is afgerond en de cliënt kan verhuizen naar een andere woonsituatie. De zorgaanbieder heeft structureel overleg met organisaties die na afronding van de behandeling eventueel zorg overnemen.

### **Aanvullende voorwaarden SGLVG-zorg verblijf met behandeling**

De SGLVG-zorg omvat een stevig behandelaanbod met specifieke eisen aan fysieke veiligheid en onvrijwillige zorg. Zorgkantoren maken voor het leveren van zorg aan cliënten met een SGLVG-indicatie alleen afspraken met zorgaanbieders die een passende integrale behandeling voor psychiatrische en gedragsproblematiek kunnen leveren in een (beveiligde)

behandelsetting. Zorgaanbieders moeten hierin ook aantoonbaar expertise en ervaring hebben opgebouwd.

Met de inwerkingtreding van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), met ingang van 1 januari 2022, verviel de specifieke toelating voor het verlenen van SGLVG-behandelzorg in een verblijfsetting. Deze zeer gespecialiseerde behandeling kon namelijk alleen worden geboden in 1 van de 4 (gesloten) De Borg-instellingen. Het is sindsdien ook voor andere zorgaanbieders mogelijk de SGLVG behandelzorg te leveren.

Om duidelijk te maken wat zorgaanbieders in huis moeten hebben, hebben zorgkantoren in afstemming met expertisecentrum De Borg (een samenwerkingsverband van de 4 erkende SGLVG-instellingen Fivoor, Ipse de Bruggen, STEVIG en Trajectum) en VGN aanvullende inkoopvoorwaarden ontwikkeld. Deze bouwen voort op de inkoopvoorwaarden voor de LVG-profielen, de CIZ-zorgprofielen, de beleidsregels van de NZa en de beschreven kwaliteitscriteria van het kwaliteitsnetwerk van De Borg-instellingen.

Met deze voorwaarden kunnen zorgkantoren vooraf een afgewogen oordeel vormen over de vraag of de zorgaanbieder de zorg en behandeling verantwoord kan leveren en of het zorgkantoor daarover afspraken wil maken. We kopen alleen meer SGLVG-verblijf met behandeling in, als:

- er sprake is van een dusdanig problematiek, waarbij eerdere interventies onvoldoende bleken
- een derdelijnsbehandeling uitkomst kan bieden
- De Borg-instellingen over onvoldoende zorgaanbod beschikken

Ook geven deze voorwaarden zorgkantoren een goed kader om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg aan cliënten met een SGLVG-behandelindicatie.

#### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- De SGLVG-behandelcentra beschikken over specifieke inhoudelijke expertise.
  - De SGLVG-behandelcentra kunnen qua inhoudelijke expertise en organisatiestructuur gezien worden als derdelijns, specialistische behandelcentra. Het aanbieden van verantwoorde klinisch(e) (forensische) zorg vereist niet alleen specialistische kennis binnen de afzonderlijke vakgebieden (denk hierbij aan somatiek, psychiatrie, psychologie en orthopedagogiek), maar ook aan een integratie van de verschillende vakgebieden om te komen tot integrale (en multidisciplinaire) diagnostiek en behandeling. Dit om tegemoet te komen aan de complexiteit van de doelgroep, die zich begeeft op het snijvlak van de verstandelijke gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg (al dan niet binnen een forensisch kader). Cliënten worden niet uitgesloten van opname en behandeling als er sprake is van verslaving, seksueel overschrijdend gedrag en/of bepaalde gedragsproblematiek, meestal ten gevolge van een psychiatrische stoornis die op de voorgrond staat.
  - De verantwoordelijkheid over de cliënt houdt niet op wanneer deze de klinische behandeling – al dan niet succesvol – afrondt. Een goede en warme overdracht

(binnen de eigen organisatie of naar een collega-organisatie) is erg belangrijk. Hierbij wordt niet alleen de benodigde kennis over de cliënt (in termen van beeldvorming) maar ook de vereiste inhoudelijke expertise (in termen van vakkennis) gedeeld met de vervolgplek van de cliënt.

- De SGLVG-behandelcentra zijn in staat om de passende beveiligingsniveaus 1, 2 en 3 te bieden.
  - Een veilige omgeving is belangrijk voor de cliënt en medewerkers. Er is veel aandacht vereist voor de individuele cliënt en de bescherming die iemand nodig heeft. In combinatie met de aanwezigheid van gezamenlijke ruimten is een eigen domein erg belangrijk. Een comfortabele individuele ruimte, waar iemand de eigen regie over heeft en zich kan terugtrekken, zonder interactie met mede-clieënten. Hiervoor geldt dat de voorzieningen robuust en warm tegelijk moeten zijn, net zoals de dienstverlening zelf. Daarnaast moet er ruimte zijn voor tijdelijke beschermde en/of beveiligde opvang bij forse ontregeling.
  - De mate van beveiliging heeft te maken met enerzijds de gesloten of besloten context en anderzijds de zorgvraag van de cliënt. Afhankelijk hiervan wordt het aanbod van behandel- en therapiefaciliteiten deels buiten de besloten setting aangeboden (al dan niet onder begeleiding). (Im)materiële beveiliging bestaat onder andere uit een 24-uurs post, een controle op aan- en afwezigheid van cliënten en de mogelijkheid tot drugs- en kamercontroles. Bij de meer beveiligde setting is het van belang dat er continu toezicht of cameratoezicht geboden wordt op de afdelingen en de gecontroleerde in- en uitgangen.
  - Informatie over beveiligingsniveaus is terug te vinden op <https://www.forensischezorg.nl/zorgaanbod/klinische-zorg>.
- Het SGLVG-behandel aanbod voldoet aan de volgende voorwaarden:
  - SGLVG-clieënten hebben een flexibele, op de persoon afgestemde behandeling nodig. Het therapeutisch klimaat speelt hierbij een centrale rol. De cliënt woont, werkt, volgt therapie en besteedt veel van zijn vrije tijd in en rondom de kliniek.
  - De behandeling van deze problemen moet aansluiten bij het cognitieve niveau van de persoon. De gedragswetenschappelijke en de psychiatrische behandeling zijn met elkaar verweven.
  - De dagelijkse begeleiding omvat onderzoek en observatie in de dagelijkse situatie, individuele begeleidingsgesprekken en/of therapieën en in de behandel fase tevens praktijkgerichte vorming.
  - De zorgaanbieder biedt om te beginnen een aantal basismodules aan, zoals bijvoorbeeld: cognitieve gedragstherapie, farmacotherapie, psycho-educatie en vaktherapie die is aangevuld met specialistische behandelmodules die de SGLVG-behandelcentra (De Borg) zelf hebben ontwikkeld (bijvoorbeeld de agressiemodule, de motivatietraining bij verslavingsproblematiek en seksueel gezond gedrag).
  - De zorgaanbieder heeft de relevante expertise voor deze behandelingen zelf in

- huis. Behandelaren moeten beschikbaar of aantoonbaar oproepbaar zijn.
- De zorgaanbieder levert de algemeen medische behandeling. Hieronder valt het leveren (al dan niet via onderaannemerschap) van huisartsenzorg, farmacie, tandheelkundige zorg en waar nodig van hulpmiddelen. De SGLVG-zorgaanbieder waarborgt de kwaliteit van deze zorg en betaalt deze zorg uit het tarief (ZZP).
- De SGLVG zorgaanbieder beschikt over voldoende gekwalificeerd personeel en werkt volgens algemeen aanvaarde kwaliteitsnormen.
- Het behandelteam bestaat altijd uit een multidisciplinair team met een hoofd- of regiebehandelaar (minimaal GZ-psycholoog), behandelaren of gedragsdeskundigen (een orthopedagoog of -psycholoog van wo-niveau), een psychiater en indien nodig een AVG-arts.
  - De behandelaren zijn minimaal opgeleid op wo-niveau, als psycholoog, psychotherapeut of orthopedagoog-generalist. De 24-uursbegeleiders kunnen ook op hbo- en mbo-niveau opgeleid zijn. Het team van begeleiders heeft aanvullende (interne) scholing gehad, specifiek gericht op het snijvlak van de verschillende sectoren (LVB/GGZ/Forensische zorg/Verslavingszorg). Zij beschikken over specifieke expertise en competenties voor deze doelgroep. Een belangrijk kenmerk van de specifieke expertise en competenties is dat van begeleiders een hoog niveau wordt verwacht op het gebied van reflectie en het omgaan met extreme internalisering en extern gerichte agressie. Daarnaast zijn begeleiders stressbestendig en kunnen ze goed omgaan met de duale problematiek (psychiatrisch en LVB).
  - De zorgaanbieder heeft een klimaat van het opleiden van generalisten en specialisten, wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling, innovatie en onderwijs.
  - Onderdeel hiervan is het toetsen van bestaande werkwijzen op kwaliteit en doelmatigheid en het verspreiden van kennis en kunde door middel van scholing aan onderwijsinstututen en partners in de zorgketen.
  - De zorgaanbieder handelt volgens de behandelprogramma's die zijn opgesteld door het kenniscentrum en volgens het kwaliteitsdocument van De Borg. De zorgaanbieder voldoet ook aan de inhoudelijke kwaliteit van zorg, zoals beschreven in de kwaliteitskaders KKGZ en KKFZ.
  - Aanbieders van SGLVG-behandelzorg verlenen zorg op basis van deze documenten, te vinden op de website van De Borg:
    - [www.deborg.nl/media/1dkbovvz/zorgprogramma-ambulante-behandeling-definitief-januari-2019.pdf](http://www.deborg.nl/media/1dkbovvz/zorgprogramma-ambulante-behandeling-definitief-januari-2019.pdf)
    - [www.deborg.nl/media/kqmg14gw/de-borg-behandelvisie-forensische-sglvg.pdf](http://www.deborg.nl/media/kqmg14gw/de-borg-behandelvisie-forensische-sglvg.pdf)
  - De zorgaanbieder doet mee aan de uitwisselingsprogramma's, sluit aan bij inhoudelijke werkgroepen en levert een actieve bijdrage aan de kennis- en expertiseontwikkeling en het wetenschappelijk onderzoek door het



## 5.4 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs

### *Aanvullende inkoopvoorwaarden*

- Zorgaanbieders maken op constructieve wijze afspraken met scholen over het verlenen van zorg en ondersteuning tijdens het onderwijs.
- De zorgverlening vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder waar de cliënt in zorg is.
- De zorgaanbieder mag hiervoor eigen personeel of personeel van de school inzetten.
- Het personeel wordt extra ingezet boven op de reguliere formatie.
- Bespreek tijdig met ouders dat zorg bij onderwijs ook binnen de Wlz-financiering vormgegeven moet worden.

### *Toelichting*

#### **Wat verstaan we onder extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs?**

Wlz-zorg en ondersteuning tijdens onderwijs kan, zoals in de 'Handreiking onderwijs en zorg' staat beschreven, bestaan uit persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Denk hierbij aan hulp bij eten en drinken, hulp bij toiletbezoek, hulp bij het bewegen en/of zich verplaatsen, hulp bij een stoma, hulp bij het toedienen of gebruik van medicijnen, ondersteuning bij praktische zaken en bij communicatie (begrijpen wat anderen zeggen en jezelf begrijpelijk maken) of het leren om zelf regie te houden (een dag- of weekplanning maken).

#### **Vier vormen van het financieren van zorg tijdens onderwijs**

Ouders van kinderen die gebruikmaken van zorg en ondersteuning kunnen zelf kiezen en afstemmen met school welke zorgaanbieder de betreffende zorg tijdens het onderwijs gaat bieden en of de financiering dan via PGB of ZIN plaatsvindt. Er zijn vier vormen van het financieren van zorg tijdens onderwijs: via PGB, via MPT (al dan niet in combinatie met PGB) of op basis van een ZZP of VPT inclusief dagbesteding. In algemene zin gelden de volgende voorwaarden voor de declaratie van de geïndiceerde zorg en ondersteuning tijdens onderwijs:

- Conform de 'Handreiking onderwijs en zorg'<sup>11</sup> moeten de afspraken die gemaakt worden door ouders, school en de betrokken partners over de zorg tijdens de onderwijsuren vastgelegd worden in een zorgplan.
- Voor de inzet van zorg tijdens onderwijs op basis van PGB geeft het zorgkantoor toestemming door middel van de beschikking op het budgetplan op basis van de zorgbeschrijving en het contract met de zorgaanbieder.
- Mocht de situatie zich voordoen dat het kind ziek is, dan is het ook mogelijk om de extra zorg thuis in te zetten of in de woonvorm.
- BG-GRP kan in de vorm van dagbesteding worden ingezet tijdens de schoolvakanties en/of wanneer het kind niet alle dagen van de week naar school gaat.

#### **De te declareren zorg moet in relatie staan tot de gemaakte kosten**

Zorgkantoren verwachten dat er een grote verscheidenheid bestaat in de wijze waarop ouders met scholen en zorgaanbieders afspraken maken over de inzet van zorg en ondersteuning. Dit is

---

<sup>11</sup> <https://vng.nl/publicaties/handreiking-onderwijs-en-zorg>

onder andere afhankelijk van het aantal kinderen met een zorg- en/of ondersteuningsvraag en de beschikbare deskundigheid op de betreffende school. Ten behoeve van de doelmatige inzet van middelen in de Wlz is de wijze van financiering van zorg en ondersteuning tijdens onderwijs voor de verschillende leveringsvormen als volgt:

- PGB: de daadwerkelijk ingezette uren moeten verantwoord worden binnen de indicatie en het budget.
- MPT: de daadwerkelijk geleverde uren zorg en ondersteuning tijdens onderwijs kunnen binnen de reikwijdte van de indicatie en het goedgekeurde MPT gedeclareerd worden. De kind-toeslagen op de dagbesteding zijn bij zorg en onderwijs niet van toepassing.
- Intramuraal verblijvende cliënten: wanneer zorg en ondersteuning daadwerkelijk tijdens onderwijs wordt ingezet, kan deze gefinancierd worden via het declareren van een ZZP inclusief dagbesteding. Zorgkantoren vertrouwen erop dat zorgaanbieders alleen het ZZP inclusief dagbesteding declareren wanneer de opbrengst van de dagbestedingscomponent in relatie staat tot de kosten van zorg en ondersteuning tijdens onderwijs (voor al hun cliënten). De toeslag kind op de dagbesteding is bij zorg en ondersteuning tijdens onderwijs niet van toepassing.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Meer informatie is te vinden op de website van VWS via de volgende link:  
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/onderwijs-en-zorg>

# 6 Transitiemiddelen

In het coalitieakkoord en de kaderbrief 2023 van 29 september 2022 staat een aantal maatregelen die nodig is om kwalitatief goede zorg organiseerbaar, betaalbaar en toegankelijk te houden. Er liggen uitdagingen op het terrein van arbeidsmarkt, regionale samenwerking en het bevorderen van technologie en innovatie. Een omslag naar anders werken is nodig. Het realiseren van deze veranderingen en besparingen gaat niet vanzelf. VWS stelt voor 2022 – 2026 transitiemiddelen beschikbaar voor de Wlz. Deze transitiemiddelen bestaan uit twee regiobudgetten:

- Een regionaal stimuleringsbudget Wlz, gericht op de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg.
- Een regiobudget scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg.

U leest hieronder waar deze middelen voor bestemd zijn en de kaders waarbinnen de zorgkantoren afspraken met zorgaanbieders maken over de inzet van deze middelen voor de jaren 2024 tot en met 2026.

## 6.1 Welke extra middelen zijn er beschikbaar voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg?

In het coalitieakkoord staat dat er tijdelijk extra middelen beschikbaar komen voor een deel van de Wlz. Voor het regionaal stimuleringsbudget ouderenzorg en gehandicaptenzorg is landelijk € 150 miljoen beschikbaar. Dit is € 30 miljoen per jaar voor de jaren 2022-2026. Voor het regiobudget scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg is € 200 miljoen beschikbaar gesteld. Dit is € 40 miljoen per jaar voor de jaren 2022-2026. Zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over de inzet van deze middelen.

## 6.2 Het regionaal stimuleringsbudget Wlz, voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg

Het regionaal stimuleringsbudget ondersteunt de noodzakelijke omslag naar een toekomstbestendige, betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Zorgaanbieders en zorgkantoren trekken hierin gezamenlijk op om regionale problematiek en uitdagingen aan te pakken.

Het stimuleringsbudget sluit aan op de beoogde actielijnen vanuit het programma WOZO (Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen). Dit past ook bij de nieuwe norm die de minister voorstelt: 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan'. Het stimuleringsbudget sluit ook aan bij zowel een aantal actielijnen uit de Toekomstagenda 'Zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking' als een aantal kanslijnen uit het Landelijk Akkoord VGN-ZN.

Het regionale stimuleringsbudget voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg zetten we in voor:

1. Het versterken van de regionale samenwerking, om gezamenlijk de toekomstige uitdagingen op verschillende terreinen aan te gaan (arbeidsmarkt, innovatie, capaciteitsontwikkeling).
2. Modern werkgeverschap (anders werken in de zorg). Onder modern werkgeverschap wordt verstaan dat er een goede afstemming is tussen wensen en behoeften van werknemers en de eisen die vanuit de werkgever gesteld worden aan het werk. De kracht en mogelijkheden van de regio worden hierbij steeds meer onderkend.
3. (Opschaling van) bewezen effectieve technologie en innovatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de innovaties zoals genoemd in het onderzoek '[Tijdbesparende technologieën in de ouderenzorg](#)'. Zie hoofdstuk 5.1 (Innovatie in onze visie op duurzame toegang tot langdurige zorg) voor meer informatie over hoe zorgkantoren kijken naar het thema innovatie.

Aanvullend zal er binnen de Gehandicaptenzorg bij de beoordeling van de plannen aandacht zijn voor de aansluiting op de kanslijnen uit het landelijk akkoord VGN-ZN en de Toekomstagenda 'Zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking'.

### 6.3 Het regiobudget scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg

In het coalitieakkoord en het programma WOZO is ingezet op het grotendeels scheiden van wonen en zorg. 'Zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan' zijn daarbij de nieuwe uitgangspunten. Opgenomen is dat de zorg in toenemende mate zonder verblijf georganiseerd moet worden. Dit vergt aanpassingen in onder andere de bedrijfsvoering, infrastructuur, samenwerkingsrelaties en zorgverlening om de 24-uurs zorg in de nabijheid te kunnen blijven waarmaken, wanneer deze zonder verblijf wordt geleverd. Dit vraagt ook om het anders organiseren en leveren van zorg.

De inzet is onder andere gericht op community care-concepten en het verbeteren van sociale en digitale infrastructuur.

Het regiobudget scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg zetten we in voor:

1. Ondersteuning bij de concretisering van de regiomonitor 'bouwplannen voor ouderen' naar passende realisatie per subregio. Waar nodig betreft dit ook het bijsturen in de lopende capaciteitsuitbreiding en het herzien van bestaande capaciteitsplannen. Bij de inzet van het regiobudget gaat het om ondersteuning bij de omvorming van de plannen. Afzonderlijk overleg zal nog worden gevoerd over compensatie van de kosten die samenhangen met bijstelling van de plannen.
2. Ondersteuning van pilots met betrekking tot community care-concepten (zoals VPT in de wijk) en samenwerking Wlz-zorg in de wijk en met wijkverpleging die een bijdrage leveren aan het langer thuis wonen van cliënten.

3. Ondersteuning en versterking van sociale infrastructuur (integrale oplossingen in de wijk) die een bijdrage leveren aan de gewenste transformatie naar langer thuis wonen.
4. Versterking digitale infrastructuur. Om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van 24-uurs zorg te kunnen leveren wanneer zorg in toenemende mate zonder verblijf wordt georganiseerd. Dit thema wordt bij voorkeur in samenhang met andere domeinen opgepakt, omdat de benodigde digitale infrastructuur zich niet alleen beperkt tot de Wlz.

## 6.4 Afspraken over de inzet van de middelen

De zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over de inzet van de middelen. De zorgkantoren geven in het regionale inkoopbeleid aan welke afspraken de zorgkantoren willen maken en hoe deze afspraken tot stand komen. De middelen zijn bedoeld voor transformaties die aantoonbaar een bijdrage gaan leveren aan de doelstellingen uit het WOZO en het bestuurlijk akkoord gehandicaptenzorg en ze voorzien in een regionale aanpak. Hierbij gelden in ieder geval dat:

- Meerdere zorgaanbieders betrokken zijn bij de uitvoering van het plan, binnen de kaders van de Mededingingswet<sup>13</sup>.
- Er draagvlak moet zijn binnen de regio voor het plan.
- Er een transformatieplan ligt met SMART-geformuleerde afspraken (concreet, meetbaar en toetsbaar) die bijdragen aan het bereiken van passende zorg, om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg, inclusief het behouden en ontzorgen van zorgprofessionals, te borgen. Dit plan bevat ook een beschrijving van de wijze waarop deze doelen bereikt worden (al dan niet gefaseerd), afspraken over verantwoordelijkheden van partijen en een tijdplanning.
- De in het transformatieplan geformuleerde transformatieafspraken in principe binnen drie jaar worden behaald.
- Er tijdelijk extra middelen beschikbaar zijn om de beweging in gang te zetten. De plannen voorzien in een structurele borging van de beoogde verandering vanuit reguliere financiering.
- De te maken afspraken duidelijke tijdslijnen bevatten en invulling geven aan monitoring en verantwoording.
- Er geen sprake mag zijn van dubbele financiering.
- Indien er mogelijkheden zijn om de financiering te voorzien vanuit andere regelingen die beter passend zijn (zoals SPUK DOS), financiering dan vanuit de betreffende regeling aangevraagd dient te worden. Er is dan geen sprake van een vergoeding vanuit de transitie-middelen
- De plannen de beweging die wordt ingezet vanuit IZA en GALA waar mogelijk ondersteunen en/of versterken, maar in ieder geval niet conflicterend zijn met de beweging vanuit IZA en GALA.

---

<sup>13</sup> En in lijn met de [leidraad Uitwisselen informatie langdurige zorg](#).