

Contracteerbeleid Wlz 2024 - 2026
Zorgkantoor DSW
inzake contractering 2026

Inhoud

Wijzigingen ten opzichte van het vorig jaar gepubliceerde contracteerbeleid	5
1. Voorwoord.....	7
2. Inleiding	8
2.1 Cliëntenraden	8
2.2 Uitdagingen langdurige zorg	8
2.3 Leeswijzer	9
3. Ontwikkelingen vanuit de marktanalyse	10
3.1 Ouderenzorg	10
3.2 Gehandicaptenzorg.....	11
3.3 Geestelijke gezondheidszorg	12
3.4 Randvoorwaarden ontwikkelen langdurige zorg.....	13
4. Wonen en Zorg	16
4.1 Ouderenzorg	16
4.2 Gehandicaptenzorg.....	18
4.3 Geestelijke gezondheidszorg	19
5. Kwaliteit	21
6. Innovatie.....	23
6.1 Uitgangspunten beleid	23
6.2 Financiering.....	24
7. Toegankelijkheid en doelmatigheid	26
7.1 Uitgangspunten beleid	26
7.2 Informatie over het zorgaanbod	28
8. Afspraken	30
8.1 Meerjarenafspraken.....	30
8.2 Tarief.....	30
8.2.1 Overige punten inzake tarief	32
8.3 Volume.....	33
8.4 Hardheidsclausule.....	34
9. Proces Zorgcontractering	35
9.1 Schematisch verloop en planning	35
9.2 Voorwaarden overeenkomst en indiening offerte	36
9.3 Beoordeling offerte.....	38
9.4 Uitkomsten beoordeling offerte.....	38

9.5 Voorbehouden	38
9.6 Geschillen	39
Bijlage I – In te dienen documenten.....	40
Bijlage II – Toelichting ondernemingsplan.....	45
Bijlage III – Aanvraag innovatiebudget.....	47
Bijlage IV – Contracteerbeleid Salviq (Langdurig Klinisch Wonen).....	48

Begrippen- en afkortingenlijst

ANW	= Avond, nacht en weekend
GALA	= Gezond en Actief Leven Akkoord
GGZ	= Geestelijke gezondheidszorg
GZ	= Gehandicaptenzorg
HHC	= Hardheidsclausule
IGJ	= Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IMZ	= Intramurale zorg
IZA	= Integraal zorgakkoord
MGZ	= Medisch Generalistische Zorg
NHC	= Normatieve huisvestingscomponent
NIC	= Normatieve inventariscomponent
PGB	= Persoonsgebonden budget
PNIL	= Personeel niet in loondienst
RIGA	= Regionaal Integraal Gezondheids Akkoord
SES	= Sociaal-economische status
SO	= Specialist Ouderengeneeskunde
STOZ	= Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg
TAZ	= Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
URL	= Uniform Resource Locator
VG	= Verstandelijk gehandicapt
VGN	= Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VNG	= Vereniging Nederlandse Gemeenten
VPT	= Volledig pakket thuis
V&V	= Verpleging en verzorging
VWS	= Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	= Wet langdurige zorg
Wmo	= Wet maatschappelijke ondersteuning
WOZO	= Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen
WSD	= Westland, Schieland, Delfland
ZEL	= Zorgorganisatie Eerste Lijn
ZIN	= Zorg in natura
ZN	= Zorgverzekeraars Nederland
Zzp'er	= Zelfstandige zonder personeel
ZZP	= Zorgzwaartepakket

Wijzigingen ten opzichte van het vorig jaar gepubliceerde contracteerbeleid

In deze paragraaf hebben wij voor u de belangrijkste wijzigingen van het contracteerbeleid 2024-2026 op een rij gezet. In onderstaand overzicht zijn de tekstuele wijzigingen, de verduidelijkingen van de tekst, de aanpassing van jaartallen en verplaatsingen van bestaande teksten niet opgenomen.

Wijzigingen na ondertekening van het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO)

Contracteerbeleid Wlz 2026 Zorgkantoor DSW			
Hoofdstuk	Paragraaf	Blz.	Wijziging
2. Inleiding	2.2 Uitdagingen langdurige zorg	9	De tekst over het HLO is geüpdatet nu het akkoord door alle betrokken partijen is ondertekend.

Wijzigingen ten opzichte van het vorig jaar gepubliceerde contracteerbeleid

Contracteerbeleid Wlz 2026 Zorgkantoor DSW			
Hoofdstuk	Paragraaf	Blz.	Wijziging
2. Inleiding	2.1 Cliëntenraden	8	Er is een extra paragraaf toegevoegd over de rol van cliëntenraden.
2. Inleiding	2.2 Uitdagingen langdurige zorg	8	Nieuwe informatie over de wetgeving rond zzp'ers in de zorg en de problematiek van schijnzelfstandigheid.
3. Ontwikkelingen vanuit de marktanalyse	3.1 Ouderenzorg 3.2 Gehandicaptenzorg 3.3 Geestelijke gezondheidszorg	10 t/m 13	Er wordt specifiek ingegaan op de ontwikkelingen binnen de verschillende sectoren aan de hand van de marktanalyse, waarbij er ook wordt aangegeven voor welk aanbod het zorgkantoor nog open staat.
3. Ontwikkelingen vanuit de marktanalyse	3.4 Randvoorwaarden ontwikkelen langdurige zorg	14	Nieuwe informatie over het convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ) en de implicaties hiervan voor de samenwerking tussen zorgaanbieders en eerstelijnszorg.
4. Wonen met Zorg	4.1 Ouderenzorg	18	Er wordt dieper ingegaan op de (aangescherpte) voorwaarden voor kleinschalige woonvoorzieningen.
6. Innovatie	6.2 Financiering	24	Verwijzing naar Bijlage III – Aanvraag innovatiebudget, waarin het format voor een innovatiebudgetaanvraag is opgenomen. Dit maakt het aanvraagproces concreter en verwijst de zorgaanbieder direct naar de benodigde informatie.
7. Toegankelijkheid en doelmatigheid	7.1 Uitgangspunten beleid	28	Subkopje VPT toegevoegd.
7. Toegankelijkheid en doelmatigheid	7.2 Informatie over het zorgaanbod	28	Er is toegevoegd welke verantwoordelijkheid bij zorgaanbieders berust op het invullen en onderhouden van de zorgatlas.

9. Proces zorgcontractering	9.2 Voorwaarden overeenkomst en indiening offerte	37	De voorwaarden voor tussentijds contracteren zijn aangescherpt
Bijlage III – Aanvraag innovatiebudget		47	Deze bijlage is nieuw. Hierin staat het format voor de aanvraag van het innovatiebudget.
Bijlage IV – Contracteerbeleid Salviq (Langdurig Klinisch Wonen)		48 t/m 52	Deze bijlage is nieuw. Hierin staat informatie over de contractering van Salviq (langdurig Klinisch Wonen).

Monitor contracteerbeleid			
Bijlage	Thema	Rij	Wijziging
Monitor contracteerbeleid	Overig (Administratie)	5	Een parameter is toegevoegd over de zorgatlas aan de monitor.
Toelichting Monitor contracteerbeleid	Overig (Administratie)	5	Een parameter is toegevoegd over de zorgatlas aan de monitor, waarbij de toelichting ook is toegevoegd.

1. Voorwoord

Voor u ligt het contracteerbeleid Wet langdurige zorg (Wlz). In de totstandkoming van dit beleid hebben wij, samen met de betrokken partijen in de regio, onderzocht waar wij ons als Zorgkantoor DSW (het zorgkantoor) de komende jaren op richten om de langdurige zorg in de regio Westland, Schieland, Delfland (WSD) toekomstbestendig te maken.

Binnen de regio WSD zijn wij ons ervan bewust dat de uitdagingen de komende jaren groot zijn. Dat vraagt om anders denken en handelen van ons als zorgkantoor, én van zorgaanbieders, gemeenten en inwoners van de WSD-regio (hierna: de regio). Wij moeten daarbij niet alleen naar oplossingen zoeken binnen de langdurige zorg en binnen de muren van de organisaties, maar juist ook daarbuiten. Dit vraagt een sterke samenwerking tussen de organisaties over domeinen heen.

Dit contracteerbeleid schetst de kaders waarbinnen het zorgkantoor zich de komende jaren inzet voor het realiseren van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg in de regio.

Voor de contractering van 2026 is het meerjarige contracteerbeleid (2024-2026), dat in 2023 is opgesteld, geactualiseerd met recente wet- en regelgeving en de meest recente marktanalyse. De basis van het contracteerbeleid van Zorgkantoor DSW is ongewijzigd gebleven.

2. Inleiding

Elke dag werken duizenden professionals hard en met toewijding in de zorg. Wij zien een aantal uitdagingen die ervoor zorgen dat de zorg zoals deze nu geleverd en ontvangen wordt, de komende jaren niet meer vanzelfsprekend is. Deze uitdagingen hebben invloed op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg.

Om de zorg toekomstbestendig te houden moet deze op een andere manier worden georganiseerd. Deze transitie staat centraal in dit contracteerbeleid. Dit vraagt niet alleen om aanpassingen en veranderingen van de huidige manier van werken en zorg leveren, maar ook lef en doorzettingsvermogen van alle partners. Alleen samen kunnen wij ervoor zorgen dat zorgbehoevende inwoners van onze regio deze zorg in de toekomst kunnen blijven ontvangen.

2.1 Cliëntenraden

De cliëntenraad vertegenwoordigt de cliënt en komt op voor diens belangen. Het uitgangspunt van de cliëntenraad en het zorgkantoor is hetzelfde: de best mogelijke zorg voor de kwetsbare inwoners van onze regio. Dit maakt de cliëntenraad tot een belangrijke gesprekspartner voor zowel de aanbieder als het zorgkantoor. Zorgkantoor DSW houdt regelmatig overleg met de cliëntenraden van zorginstellingen, zodat zij actief kunnen bijdragen aan en inspraak hebben op het contracteerbeleid. Tijdens deze bijeenkomsten zijn ervaringen en suggesties uitgewisseld over de zorg van en naar de toekomst.

Binnen alle sectoren worden diverse onderwerpen besproken zoals de samenwerking en de rol van het netwerk. Zo wordt de betrokkenheid van mantelzorgers, familieleden of vrijwilligers als waardevolle toevoeging gezien binnen de zorg en is nagedacht over hoe dit verder versterkt kan worden. Tevens is kwaliteit een onderwerp van gesprek, evenals de wijze waarop de cliëntenraad wordt meegenomen in de beslissingen van de organisatie.

2.2 Uitdagingen langdurige zorg

Volgens het CBS werken er ongeveer 1,5 miljoen mensen in de zorg. Dit is ruim 15% van de werkende bevolking van Nederland. De zorgsector is daarmee de grootste werkgever van het land. Desondanks kampt de zorg met personeelstekorten.

Tegelijkertijd neemt het aantal ouderen in Nederland de komende jaren snel toe. En met deze toename stijgt de zorgvraag, waardoor in de nabije toekomst naar schatting al een tekort van ruim 130.000 zorgmedewerkers ontstaat. Nu werkt 1 op de 7 mensen in Nederland in de zorgsector. Als de zorgvraag in het huidige tempo doorgroeit, leidt dat ertoe dat in 2060 1 op de 3 mensen in de zorg nodig is. Dat is zorgelijk, omdat de potentiële beroepsbevolking door de vergrijzing steeds kleiner wordt.

De krapte op de arbeidsmarkt zet de toegankelijkheid en kwaliteit van de langdurige zorg onder druk. Zo leidt een toenemende vraag naar zorg in combinatie met een tekort aan zorgpersoneel tot wachtlijsten. Daarnaast is er sinds 1 januari 2025 nieuwe wetgeving voor zzp'ers. Deze wetgeving vereist dat zzp'ers in de zorg met meerdere opdrachtgevers samenwerken om schijnzelfstandigheid te voorkomen. 2025 wordt het

overgangsjaar genoemd, waarin geen vergrijpboetes worden opgelegd als er aangetoond kan worden dat er stappen worden gezet tegen schijnzelfstandigheid. Vanaf 1 januari 2026 zal er strikt gehandhaafd worden op schijnzelfstandigheid. De precieze impact hiervan op de arbeidsmarkt is lastig te voorspellen.

Landelijk wordt er via diverse programma's gezocht naar oplossingen die een antwoord geven op deze uitdagingen. Hierbij ligt de focus op de beweging naar 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan'. Bovengenoemde beweging wordt landelijk concreet uitgewerkt in het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ).

Met dit contracteerbeleid geven wij onze invulling aan deze landelijke programma's.

Het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) is op donderdag 10 juli ondertekend door alle betrokken partijen. Desondanks publiceert Zorgkantoor DSW op dinsdag 15 juli, in tegenstelling tot de andere zorgkantoren, geen aanvullend inkoopbeleid voor 2026 op basis van de gemaakte afspraken in het HLO. Dit komt doordat Zorgkantoor DSW, in tegenstelling tot andere zorgkantoren, niet werkt met een HLO-gerelateerde extra financiële ruimte. Deze ruimte ontstaat bij andere zorgkantoren eventueel als gevolg van de herberekening van het richttariefpercentage 2026 V&V op basis van sectorresultaten 2024, bedoeld voor aanvullende afspraken in de inkoop van 2026.

De reden hiervoor is dat de afspraken met zorgaanbieders in onze regio niet gebaseerd zijn op de landelijke tariefsystematiek (richttariefpercentages). Zorgkantoor DSW heeft meerjarige tariefafspraken gemaakt met de regionale zorgaanbieders. Hierdoor blijft het gehanteerde tariefpercentage stabiel gedurende de looptijd van de meerjarige overeenkomst, wat financiële zekerheid biedt voor zorgaanbieders. Om deze reden acht Zorgkantoor DSW het niet noodzakelijk een dergelijke investeringsruimte toe te voegen aan de gemaakte meerjarige afspraken, en publiceren wij dus ook geen aanvullend inkoopbeleid.

Dit betekent echter niet dat Zorgkantoor DSW de doelstellingen van het HLO niet nastreeft. Zorgkantoor DSW zal in de regio ook werken aan het bereiken van de transitiedoelen die in het HLO zijn vastgelegd.

2.3 Leeswijzer

In de komende hoofdstukken wordt uiteengezet op welke manier het zorgkantoor invulling wil geven aan de hierboven beschreven opgaven en aan onze regionale visie. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de ontwikkelingen vanuit de marktanalyse. In de hoofdstukken 4 tot en met 7 wordt ingegaan op de thema's Wonen en Zorg, Kwaliteit, Innovatie en als laatste Toegankelijkheid en Doelmatigheid. Elk thema wordt kort ingeleid, waarna de uitgangspunten van ons beleid worden beschreven. In hoofdstuk 8 komt de vertaling in concrete afspraken aan bod, gevolgd door hoofdstuk 9 met informatie over het proces van zorgcontractering.

3. Ontwikkelingen vanuit de marktanalyse

De in hoofdstuk 2 genoemde landelijke uitdagingen raken zowel de Verpleging en Verzorging (V&V), Gehandicaptenzorg (GZ) als Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). In deze paragraaf lichten wij per sector relevante ontwikkelingen toe. In de marktanalyse zijn trends en ontwikkelingen van de zorgvraag in de regio weergegeven¹.

3.1 Ouderenzorg

In de V&V zien wij een toenemende vraag naar zorg. Dit wordt onder meer veroorzaakt door dubbele vergrijzing: de combinatie van het toenemend aantal ouderen in de samenleving en de stijgende levensverwachting van deze groep. Daarnaast kampen steeds meer ouderen met één of meerdere chronische aandoeningen.

Naast de dubbele vergrijzing zien wij een uitdaging in de ontwikkeling die volgt uit het programma WOZO. Binnen het WOZO is afgesproken dat het aantal verpleeghuisplaatsen niet mag worden uitgebreid. Hoewel het zorgkantoor blijft inzetten op uitbreiding van intramurale capaciteit, leiden factoren als hoge bouwkosten en beperkte fysieke mogelijkheden tot minder uitbreiding dan naar onze inschatting nodig is.

Onder de aanname dat het aantal afgegeven indicaties blijft groeien en in zorgzwaarte toeneemt, zal de zorgvraag voor thuiswonende cliënten ook toenemen. Wanneer ouderen steeds langer thuis blijven wonen, zonder door te stromen naar een geschikte woning, zal dit leiden tot een zorgvraag die verspreid is over de gehele gemeente. Dit is een onwenselijke ontwikkeling gezien het afnemend arbeidspotentieel. De ontwikkeling van geclusterde woonvormen, preventie en innovatie dragen bij aan het efficiënt inzetten van het schaarse zorgpersoneel. In de hoofdstukken 4 tot en met 6 wordt hier uitgebreider op ingegaan.

Voor de thuiswonende cliënten in de V&V zien we dat bijna alle cliënten gebruik (kunnen) maken van hun indicatie. We zien daarnaast dat cliënten in de WSD-regio keuzevrijheid hebben in organisaties voor bijna alle specifieke zorgsoorten binnen het modulaire pakket thuis (MPT). Uitzondering hierop is dagbesteding in de gemeenten Delft en Midden-Delfland.

Schoonmaak is een aandachtspunt in de WSD-regio, omdat deze zorgsoort niet door alle zorgorganisaties zelf geleverd kan worden. Schoonmaak wordt in dat geval in onderaannemerschap georganiseerd, wat gelet op de administratieve lasten die dit met zich meebrengt niet de meest wenselijke situatie is.

Het zorgkantoor staat open voor initiatieven die een oplossing bieden aan de beschreven ontwikkelingen. Mogelijke oplossingsrichtingen waarover het zorgkantoor, graag primair met bestaande zorgaanbieders, in gesprek gaat en aanvullend in wil contracteren, zijn:

- Dagbesteding in de gemeenten Delft en Midden-Delfland;
- Schoonmaak, door partijen die tevens een Wmo-overeenkomst hebben voor het leveren van huishoudelijke hulp (alle gemeenten).

¹ De marktanalyse 2026 maakt onderdeel uit van het Contracteerbeleid 2026, te vinden op de website van Zorgkantoor DSW: <https://www.zorgkantoordsw.nl/Zorgaanbieders/Zorgcontractering/Contracteerbeleid/2026>

3.2 Gehandicaptenzorg

Op regioniveau zien we een lichte toename van het aantal VG-indicaties. Opvallend is de toename van de instroom van cliënten in de leeftijdscategorie 0 tot en met 12 jaar, terwijl de instroom op de overige leeftijdscategorieën stabiel is, en de instroom in de leeftijdscategorie 50+ daalt. Deze ontwikkeling benadrukt het groeiende belang van vroegsignalering en bijbehorende initiatieven die de zorgvraag uitstellen of voorkomen dat deze (onnodig) complex wordt. Dit vraagt om nauwe afstemming met het voorliggend domein, zoals gemeenten en onderwijs en voorzieningen zoals dagbesteding en logeerszorg.

We constateren dat de toenemende (complexiteit van de) zorgvraag effect heeft op de organisatie van de zorg. De ontwikkelingen met de grootste impact zijn de ouder wordende cliënt, en de toename van cliënten met een zeer complexe zorgvraag.

De cliënten in de GZ worden steeds ouder met als gevolg dat ze langer in zorg blijven en gedurende hun leven een andere zorgvraag ontwikkelen. Deze veranderende zorgvraag hangt samen met het ouder worden en komt tot uiting in onder andere een psychogeriatrische en/of een somatische zorgvraag. Deze veranderende zorgvraag vraagt wat anders van zowel de woonomgeving als het personeel. Wij stimuleren binnen de 'Regiovisie Gehandicaptenzorg WSD' sectoroverstijgende kennisdeling tussen de verschillende sectoren. Een opvallende 'nieuwe' groep zijn ouderen die vanuit de thuissituatie instromen als hun naaste wegvalt. Zij zijn niet gewend om in een zorgomgeving te wonen wat tot gedragsproblemen kan leiden.

Een andere ontwikkeling is het toenemende aantal cliënten met een zeer complexe zorgvraag (vaak dubbele grondslag en bijbehorende problematiek), terwijl het zorgaanbod voor deze doelgroep niet is toegenomen. Inmiddels heeft bijna een kwart van alle cliënten met een eerste grondslag VG, psychiatrie als tweede grondslag. Deze ontwikkeling is sectorbreed (ongeacht zorgprofiel), maar is oververtegenwoordigd bij de VG6 en VG7 profielen. De toename in complexiteit is onder andere terug te zien in de stijging van meerzorg, zowel in absolute als in financiële zin. Wij zien tegelijkertijd dat de instroom van nieuwe cliënten niet afneemt, hetgeen resulteert in minder doorstroombmogelijkheden binnen de sector.

De doorstroom wordt enerzijds beperkt doordat een (groot) deel van de cliënten die hier verblijven de structuur van deze woonomgeving nodig hebben. Anderzijds constateren wij weerstand binnen de sector om cliënten met de genoemde hogere zorgprofielen op te nemen, zelfs wanneer de situatie van de cliënt stabiel is. We zien het verbeteren van de samenwerking met onder andere GGZ aanbieders en het focussen op de daadwerkelijke zorgvraag van de cliënt in plaats van op het aanwezige zorgprofiel als onderdeel van de oplossing om deze doelgroep beter te kunnen bedienen in de regio.

Het zorgkantoor staat open voor initiatieven die een oplossing bieden aan de beschreven ontwikkelingen. Mogelijke oplossingsrichtingen waarover het zorgkantoor, graag primair met bestaande zorgaanbieders, in gesprek gaat en aanvullend in wil contracteren, zijn:

- Sectoroverstijgende samenwerking en capaciteit, specifiek voor dubbelproblematiek GZ-GGZ en GZ-V&V;
- Vroegsignalering en preventie voor de doelgroep 0-12 jaar;

- Zorgvoorzieningen ter ondersteuning maar ook stimulatie van het netwerk van de cliënt;
- Doorstroom van cliënten met een hoog zorgprofiel die stabiel zijn.

3.3 Geestelijke gezondheidszorg

Het zorgkantoor ziet dat de omvang van GGZ-W in de WSD-regio relatief gezien harder stijgt dan landelijk. De GGZ-W populatie groeit, met name de 3GGZ-W en 4GGZ-W. De 3GGZ-W is in omvang het meest toegenomen als gevolg van nieuwe instroom, maar ook door herindicatie vanuit een lager zorgprofiel.

Meer dan de helft van de GGZ-W cliënten is 50 jaar of ouder. Opvallend is de verschuiving in de nieuwe instroom naar oudere cliënten; bijna 50% van de nieuwe instroom in 2024 betrof cliënten van 60 jaar en ouder. Deze oudere GGZ-W cliënten verblijven vaak intramuraal (80% bij 60+), wat de druk op de intramurale capaciteit in de regio vergroot. Veel van deze cliënten hebben, naast hun psychische aandoening, ook een somatische aandoening, die (intensivering) van samenwerking tussen de GGZ en V&V noodzakelijk maakt. Daarnaast krijgt het zorgkantoor signalen dat cliënten met een GGZ-W indicatie en verslavingsproblematiek steeds vaker niet in aanmerking komen voor verblijf, vanwege de verslavingsproblematiek die door aanbieders in de GGZ als contra-indicatie wordt gezien.

De aanhoudend grote instroom kan ervoor zorgen dat de toegankelijkheid van zorg voor mensen met een GGZ-W zorgprofiel onder druk komt te staan. Om de druk op de toegankelijkheid te verminderen en om te zorgen dat cliënten beschikken over passend zorgaanbod hebben Valente, de Nederlandse ggz, ZN, VNG, MIND en VWS bestuurlijke afspraken gemaakt. De bestuurlijke afspraken zijn uitgewerkt in de werkagenda 'Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening'. Deze werkagenda moet ertoe leiden dat partijen beter zicht krijgen op de doelgroep, zodat passende en toekomstbestendige zorg vanuit het juiste domein en/of goede samenwerking tussen domeinen kan worden gerealiseerd. Daarnaast richten partijen zich op het beter kunnen bieden van passende zorg in complexe situaties en wordt gewerkt aan meer passende woonzorgvoorzieningen.

Het zorgkantoor staat open voor initiatieven die een oplossing bieden aan de beschreven ontwikkelingen. Mogelijke oplossingsrichtingen waarover het zorgkantoor, graag primair met bestaande zorgaanbieders, in gesprek gaat en aanvullend in wil contracteren, zijn:

- Sectoroverstijgende samenwerking specifiek voor de dubbelproblematiek GGZ-VV;
- Passend zorgaanbod voor cliënten met verslavingsproblematiek.

In lijn met de werkagenda zet het zorgkantoor daarnaast in op het organiseren van een regionale overlegtafel GGZ met als doel om meer zicht te krijgen op de zorgvraag en het zorgaanbod en om de samenwerking tussen partijen - over de domeinen heen - in de WSD-regio te verbeteren.

Tot slot gaan we in 2026 verder het gesprek aan over het 'overgangsrecht'. In goed overleg worden waar mogelijk en wenselijk door zorgkantoren regionaal afspraken gemaakt met geïntegreerde zorginstellingen over de GGZ-W inclusief behandeling, vooruitlopend op een landelijke duiding van het overgangsrecht. Besluitvorming over de

termijn en de wijze van beëindiging overgangsrecht is opgenomen in de landelijke Werkagenda 'Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening'. Zorgkantoren werken vanuit deze werkagenda tevens samen met relevante stakeholders aan een visie op behandeling voor de langdurige GGZ. Dit om helderheid te krijgen over de invulling en positionering van behandeling in de langdurige GGZ.

3.4 Randvoorwaarden ontwikkelen langdurige zorg

Op basis van de landelijke uitdagingen en sectorspecifieke ontwikkelingen heeft het zorgkantoor een aantal randvoorwaarden geformuleerd. Wij zijn van mening dat aan deze randvoorwaarden moet worden voldaan om de langdurige zorg in de regio toekomstbestendig te kunnen maken.

Voortzetting regionale samenwerking

In de eerder genoemde landelijke programma's ligt, meer dan voorheen, de nadruk op de regio en regionale samenwerking. Deze opvatting sluit aan op de visie op de regio zoals wij deze al jaren uitdragen.

Om de zorg toekomstbestendig te organiseren is het belangrijk dat er regionaal en over de domeinen heen wordt samengewerkt. Daarom investeren wij al jaren in het regionale netwerk, wat onder andere heeft geleid tot het Programma Regionale Aanpak Ouderenzorg (inmiddels onderdeel van het RIGA), het RIGA² en de regiovisie GZ. Toekomstbestendige zorg vergt een omslag in het denken: van zorg naar welzijn en een betekenisvol leven. Niet alleen van het zorgkantoor, maar ook van zorgaanbieders, gemeenten en alle partijen die maar enigszins met zorg te maken hebben. Het is de uitdaging te zorgen dat iedereen zich verantwoordelijk voelt voor alle inwoners in de regio WSD en niet alleen voor de eigen cliënten/inwoners. De toegankelijkheid van de zorg is alleen gezamenlijk te borgen en daarvoor moet iedereen het algemeen belang boven het eigenbelang plaatsen. Als zorgkantoor kennen we onze partners goed en samenwerkingen komen hierdoor gemakkelijk tot stand.

Het RIGA is de regionale uitwerking van het IZA. Het IZA biedt aan de ene kant de mogelijkheid om deze samenwerking een vliegende start te geven, aan de andere kant zien we het huidige verloop van het IZA als risico. Niet alleen is de looptijd van het IZA zeer beperkt, ook ontbreekt de langdurige zorg in het IZA. Omdat we binnen het RIGA uitgaan van een langdurige en brede samenwerking, langer dan de looptijd van het IZA, is er veel commitment vanuit de verschillende partijen om aangehaakt te blijven.

Het RIGA vormt de basis voor regionale samenwerking rondom preventie, gezondheid, zorg en ondersteuning. De Regiovisie GZ heeft als uitgangspunt de sector- en domeinoverstijgende samenwerking om de hierboven beschreven uitdagingen het hoofd te bieden. De organisatie van zorg en eigen regie voor de cliënt staan centraal en niet de financiering. Om deze transformatie van zorg vorm te geven, werken wij vanuit het zorgkantoor opnieuw, waar mogelijk, met meerjarencontracten. In hoofdstuk 8 wordt dit uitgewerkt.

² Zie voor meer informatie over het RIGA: <https://riga.nl/>

Domeinoverstijgende financiering

Om zorgvragen te voorkomen moet meer gedacht worden vanuit preventie, welzijn en ondersteuning. Dit vraagt om samenwerking over de domeinen heen, zowel binnen als buiten de zorgsector zonder dat partijen zich laten belemmeren door de financiering. Tot op heden is het voor het zorgkantoor niet mogelijk om vanuit de Wlz te investeren in preventie en/of het voorliggende domein. Het wetsvoorstel DOS (Domein Overstijgende Samenwerking) moet hierin mogelijkheden bieden. Op 11 februari 2025 is het wetsvoorstel DOS door de Tweede Kamer aangenomen. Het wetsvoorstel DOS voorziet in een uitbreiding en verdere uitwerking van de bekostigingsmogelijkheden met middelen vanuit het Fonds langdurige zorg (Flz). Zorgkantoren krijgen de mogelijkheid om te investeren in preventieve maatregelen om Wlz-zorg te voorkomen of uit te stellen. Hiermee wordt samenwerking tussen de gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren gestimuleerd, zodat zorg en ondersteuning voor de cliënten over de domeinen heen georganiseerd wordt. Wij zien met de komst van de wet DOS grote kansen voor ons als regio.

Medisch Generalistische Zorg (convenant MGZ)

In september 2024 is landelijk het [convenant Medisch Generalistische Zorg \(MGZ\)](#) met alle relevante partijen³ ondertekend. Met dit convenant nemen deze partijen de verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van MGZ voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg (Wlz), specifiek voor de sectoren V&V en GZ. Steeds meer Wlz-cliënten blijven thuis wonen of kiezen voor een kleinschalige of geclusterde woonvorm. 'Behandeling' als onderdeel van de Wlz-aanspraak bestaat hierbij veelal uit een samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde(SO), artsen gehandicaptenzorg, huisartsen en overige eerstelijnszorg; zowel overdag als bij spoedzorg in de Avond, Nacht en Weekend (ANW)-uren.

Het convenant biedt een kader voor regionaal samenwerkende partijen om tot passende afspraken te komen, zodanig dat MGZ voor alle Wlz-cliënten toegankelijk en beschikbaar is en zo efficiënt mogelijk georganiseerd. Concreet betekent dit dat we aan de slag moeten met de ouderenzorginstellingen, mede in samenwerking met de ZEL, om afspraken te maken over de samenwerking tussen SO en huisarts binnen Wlz-zorglocaties en aanleunwoningen, maar eveneens over de rol van de huisarts en SO bij de steeds groter en complexer wordende groep Wlz-cliënten thuis. Dit thema staat deels al op de agenda binnen het RIGA en de Regiovisie GZ en wordt opnieuw actief besproken, met als doel de bestaande knelpunten op te lossen.

Door zorgkantoor DSW wordt hierbij, samen met DSW zorgverzekeraar, de samenhang met de visie eerstelijnszorg 2030 bewaakt.

Personeel

Het zorgkantoor is ervan overtuigd dat de inzet van voldoende en tevreden personeel (in loondienst) en vrijwilligers bijdraagt aan zowel zorg van goede kwaliteit als aan het verhogen van de kwaliteit van leven van cliënten. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders om te zorgen dat personeel en de vrijwilligers dusdanig toegerust zijn dat zij, binnen de mogelijkheden en wettelijke aanspraken, in de wensen en behoeften van de cliënt kunnen voorzien. De toenemende krapte op de arbeidsmarkt dwingt tegelijkertijd tot een andere manier van werken. Een omslag moet gemaakt worden van

³ ActiZ, InEen, LHV, NVAVG, Verenso, VGN, Zorgverzekeraars Nederland.

'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Zorgorganisaties zullen deze benodigde omslag in denken moeten faciliteren.

Aanmoedigen van technologische innovatie en innovatieve werkwijzen

De combinatie van een toenemend aantal zorgvragers en de arbeidsmarktproblematiek vraagt om anders werken. Dat gaat niet alleen om het inzetten van technologische innovatie, maar om innovatie in de breedste zin van het woord. Anders werken moet leiden tot efficiëntere inzet van het beschikbare arbeidspotentieel en het betrekken en versterken van het netwerk van de cliënt. Zo kan het versterken van de zelf- en samenredzaamheid, inzetten op het opbouwen van een netwerk, van vrijwilligers of medewerkers zonder zorgachtergrond hier onderdeel van uitmaken. Een voorbeeld is de mogelijke transitie naar minder formele zorgverlening en meer focus op welzijn en daarmee de inzet van welzijnsmedewerkers. Dit kan zowel in de thuissituatie als in de intramurale locaties worden geïmplementeerd.

Innovatie is een van de oplossingen om de zorg toegankelijk en beschikbaar te houden. Ondanks het feit dat er in de regio geïnnoveerd wordt, ligt er nog potentie in het meer gebruik maken van innovatie. Daarom willen wij de komende jaren een omgeving creëren waarin innovaties van de grond komen, de mogelijkheden van de innovaties benut worden en deze kunnen worden opgeschaald. In hoofdstuk 6 komt innovatie aan de orde.

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de Zorgverzekeringsbedrijven behoren. Zorgverzekeringsbedrijven moeten conform de Europese wet CSRD rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Dit omvat de impact van de eigen bedrijfsvoering, én de impact van de gehele keten van zorgaanbieders en (toe)leveranciers. De komende jaren werken de zorgverzekeringsbedrijven uit hoe ze compliant kunnen rapporteren. Een van de belangrijke uitgangspunten is het minimaliseren of voorkomen van administratieve lasten. Bijvoorbeeld door zoveel als mogelijk reeds beschikbare informatie te gebruiken. 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.

Meer informatie hierover kunt u vinden via de [ZN-website](#), dossier Duurzaamheid, onderwerp CSRD.

4. Wonen en Zorg

Om de toekomstbestendigheid van de langdurige zorg in de regio te garanderen, focussen wij ons nadrukkelijk op de noodzakelijke transitie van het woonzorgvastgoed. Nieuwe woonoplossingen zijn nodig om in de toekomst iedereen die dat nodig heeft te kunnen voorzien van een woning waar (langdurige) zorg geboden kan worden. De transitie van het woonzorgvastgoed hangt samen met de zorginhoudelijke ontwikkelingen binnen de specifieke sector en kent daarom uiteenlopende uitdagingen. Deze worden hieronder besproken.

4.1 Ouderenzorg

Binnen het Programma Regionale Aanpak Ouderenzorg is per gemeente inzichtelijk gemaakt wat de opgave is voor de komende vijftien jaar. Deze opgave is gespecificeerd in twee categorieën, namelijk: uitbreiding van intramurale verpleeghuisplaatsen en geclusterde woonvoorzieningen. Tevens is deze opgave formeel vastgelegd in de lokale convenanten die gemeenten, zorgaanbieders, woningbouwcorporaties en het zorgkantoor ondertekend hebben. In onderstaande tabellen is de benodigde uitbreiding weergegeven.

	2025	Al gepland	2030	2035	2040	2025 bij 5% verplaatsing
Delft	160	-28	280	420	540	190
Lansingerland	60		140	230	340	80
Maassluis	50		100	130	150	70
Midden-Delfland	10		20	50	70	10
Pijnacker-Nootdorp	50	+9	100	180	280	60
Schiedam	60	+75	170	280	390	110
Vlaardingen	40	+40	110	180	250	80
Westland	80	+94	190	310	440	120
Totaal	510	190	1.110	1.780	2.460	720

Tabel 1: Benodigde uitbreiding intramurale verpleeghuisplaatsen⁴.

	2025	2030	2035	2040
Delft	330	390	450	490
Lansingerland	120	140	170	200
Maassluis	130	150	160	170
Midden-Delfland	60	70	90	100
Pijnacker-Nootdorp	120	150	170	210
Schiedam	390	450	510	570
Vlaardingen	270	300	330	340
Westland	430	500	560	640
Totaal	1850	2.150	2.440	2.720

Tabel 2: Benodigde uitbreiding geclusterde woonvoorzieningen (in aantal woningen).

⁴ In de tabel wordt uitgegaan van een 10% verplaatsing van zorg naar nieuwe woonvormen of de thuissituatie, hierdoor zou de huidige capaciteit in Schiedam, Vlaardingen en Westland voldoen. Gaan we uit van een ingroeimodel waarbij er in 2025 5% zorg is verplaatst en pas per 2030 10%, gelden de cijfers in de laatste kolom.

Het zorgkantoor ziet het ontwikkelen van nieuwe geclusterde woonvormen in de wijk als veelbelovende oplossing. Enerzijds biedt dit een antwoord op de schaarse beschikbaarheid van zorgpersoneel: geclusterd wonen resulteert in clustering van zorgvraag en beperking van reistijd. Anderzijds verhoogt het geclusterd wonen de kwaliteit van leven voor cliënten, onder meer op het gebied van eenzaamheid.

Om de ontwikkeling van nieuwe geclusterde woonvormen te versnellen, wordt in de regio gewerkt aan een model dat de basis vormt. Dit noemen wij "Gezond en Wel Thuis". Dit model geeft inzicht in de factoren die bijdragen aan een succesvolle realisatie van nieuwe woonvormen waarbij wordt ingezet op welzijn, technologie en het hanteren van preferente zorgaanbieders. Het werken met een vast team over de financieringsschotten heen is een belangrijk uitgangspunt. Overigens staat het creëren van nieuwe woonvormen niet gelijk aan nieuwbouw. Wij zien regionaal voornamelijk kansen in het benutten van bestaande complexen. Het zorgkantoor stimuleert de ontwikkeling van het "Gezond en Wel Thuis" concept door enerzijds het stimuleringsbudget beschikbaar te stellen voor de realisatie van het concept. Anderzijds door het werken met preferente zorgaanbieders die in samenspraak met de regiopartners worden aangewezen.

Tenslotte zien wij de vergrijzing terug in het jaarlijks groeiend aantal afgegeven indicaties sinds 2017 (m.u.v. van 2020 vanwege Covid-19) waarbij de groei in 2024 minder groot is dan de jaren ervoor. Opvallend is dat de groei in indicaties in de WSD-regio (+0,7%) lager ligt dan de landelijke stijging (+2,4%). Het aandeel van de hogere zorgzwaartepakketten zorgprofielen (ZZP) stijgt tevens, waarmee de zorgvraag steeds zwaarder wordt. Wij verwachten dat deze groei, zowel in aantallen als in zorgzwaarte, zich de komende jaren zal voortzetten. We zien dat het aantal cliënten met een VV4 indicatie steeds minder vaak intramuraal verblijft en minder vaak op de wachtlijst staat voor een intramurale opname. De totale wachtlijst voor intramurale zorg is als gevolg daarvan afgenomen. Dat betekent in eerste instantie dat de beschikbare intramurale capaciteit voorlopig bezet zal worden door cliënten met een hogere zorgzwaarte. Bij gelijkblijvende omvang van intramurale capaciteit betekent dit dat cliënten met een hogere zorgzwaarte ook steeds vaker op de wachtlijst komen te staan. Om deze groep van zorg te kunnen voorzien, zijn extra verpleeghuisplaatsen nodig. Zoals geschetst, ziet het zorgkantoor in 2024 een lichte afname van de totale wachtlijstdruk. Er bestaan echter grote verschillen tussen de acht gemeenten in de regio. In de gemeenten Westland, Lansingerland en Pijnacker-Nootdorp is namelijk een stijgende trend te zien in de wachtlijstdruk. Verschillende gemeenten hebben uitbreidingsplannen, wat naar verwachting een positieve invloed gaat hebben op de wachtlijstdruk.

Het zorgkantoor staat open voor initiatieven die een oplossing bieden aan de beschreven ontwikkelingen. Mogelijke oplossingsrichtingen waarover het zorgkantoor, graag primair met bestaande zorgaanbieders, in gesprek gaat en aanvullend in wil contracteren, zijn:

- Uitbreiding van de intramurale capaciteit in de gemeenten Westland, Lansingerland en Pijnacker-Nootdorp;
- Geclusterde woonvormen voor thuiswonende cliënten (alle gemeenten).

Nadere toelichting is terug te vinden in hoofdstuk 8.

Kleinschalige woonvoorzieningen

In de regio WSD zijn diverse kleinschalige wooninitiatieven gecontracteerd door Zorgkantoor DSW. Het zorgkantoor ziet de kleinschalige wooninitiatieven met name in de ouderenzorg, maar onderstaande is ook van toepassing op kleinschalige wooninitiatieven in andere sectoren.

Deze wooninitiatieven, met doorgaans een capaciteit van 20 tot 30 plaatsen, financieren de zorg vaak op basis van VPT. De cliënt is zelf verantwoordelijk voor de huur van de woning. Daarnaast zien we dat sommige zorgorganisaties servicekosten in rekening brengen bij cliënten, die onder andere gebruikt voor een hogere inzet van zorgpersoneel. Deze huur- en servicekosten overstijgen in veel gevallen de middenhuur.

De WSD regio kent een oververtegenwoordiging van bewoners met een (relatief) lage sociaal-economische status (SES). Bovengenoemde woonvoorzieningen zijn voor deze groep mensen financieel gezien onbereikbaar. Dat maakt dat het risico op ongelijkheid ontstaat in de toegang tot langdurige zorg. Kleinschalige woonvoorzieningen hebben daarnaast een beperkte functie voor de wijk. Een dergelijke buurtfunctie vinden we wel belangrijk, omdat het een bijdrage levert aan het langer zelfstandig kunnen wonen.

Uitbreiding van kleinschalige wooninitiatieven waarvoor bovenstaande van toepassing is wordt door het zorgkantoor niet meer toegestaan.

4.2 Gehandicaptenzorg

Het zorgkantoor constateert dat de beschikbaarheid van capaciteit gericht op de (zeer) complexe zorgvragers (VG 6/7) onder druk staat als gevolg van beperkte doorstroom. Een kritische blik op de invulling van de huidige complexe plaatsen is nodig om de schaarse capaciteit hiervan passend in te vullen. In de Regiovisie GZ is inzichtelijk gemaakt welke doelgroep stabiel is en mogelijk kan doorstromen naar een andere woning. Hierbij wordt de samenwerking opgezocht met organisaties die deze doelgroep nog niet in zorg hebben.

Wij zien kansen om de instroom in de Wlz te voorkomen of uit te stellen. Niet iedere zorgvraag betekent noodzaak tot intramurale opname wanneer in een vroeg stadium ingezet wordt op het creëren van eigen regie en zelfredzaamheid. Door cliënten met een verstandelijke beperking eerder in beeld te krijgen, kan zo vroeg mogelijk passende begeleiding geboden worden. Deze vroegsignalering en het anticiperen op de hulp- en zorgvraag vraagt om samenwerking over de domeinen heen. Een samenwerking met het voorliggend domein, maar ook met partijen zoals het onderwijs, is nodig om deze doelgroep eerder te signaleren en te ondersteunen. Om hier concreet mee aan de slag te gaan, is er in de Regiovisie GZ een werkgroep opgericht die hier in gezamenlijkheid invulling aan geeft.

De laatste ontwikkeling waar wij regionaal invulling aan geven betreft de steeds ouder wordende cliënt binnen de GZ. Deze cliënten krijgen te maken met een veranderende zorgvraag en een langere verblijfsduur. Regionaal wordt de samenwerking gezocht met de V&V om kennis en expertise te delen. Het doel van deze samenwerking is om de veranderende behoeften met betrekking tot passende daginvulling inzichtelijk te maken, evenals de veranderingen in de fysieke leefomgeving die nodig zijn om de juiste zorg te kunnen blijven bieden. De vervolgstap is het ontwikkelen van specifieke capaciteit

ingericht op de oudere VG-cliënt. Dit verhoogt de kwaliteit van leven voor deze doelgroep en draagt bij aan de algehele regionale doorstroom binnen de sector.

Het zorgkantoor staat open voor initiatieven die een oplossing bieden aan de beschreven ontwikkelingen. Mogelijke oplossingsrichtingen waarover het zorgkantoor, graag primair met bestaande zorgaanbieders, in gesprek gaat en aanvullend in wil contracteren, zijn:

- Samenwerking binnen de intramurale zorg, specifiek voor dubbelproblematiek GZ-GGZ en GZ-V&V;
- Doorstroom van cliënten met een hoog zorgprofiel die stabiel zijn.

4.3 Geestelijke gezondheidszorg

De ontwikkelingen in de langdurige GGZ zijn gericht op het bieden van een betere kwaliteit van leven en meer perspectief voor cliënten met een langdurige psychische aandoening. Er is een sterke nadruk op het bieden van passende zorg die aansluit bij de individuele behoeften en de complexiteit van de problematiek van de cliënten.

Daarnaast wordt regionale samenwerking steeds belangrijker om tot een beter afgestemd zorgaanbod te komen. Het zorgkantoor ziet vooral de noodzaak voor domeinoverstijgende samenwerking vanwege de behoefte aan woonzorgplekken waar cliënten kunnen blijven wonen wanneer zij overgaan van de Wmo naar de Wlz.

Oudere GGZ-W cliënten hebben vaker een tweede grondslag. Vooral de somatische tweede grondslag komt in de oudere leeftijdsgroep meer voor. Regionaal kan de samenwerking worden gezocht met de V&V aanbieders om kennis en expertise te delen en om de eventuele doorstroom zo goed mogelijk te laten verlopen.

Het zorgkantoor staat open voor initiatieven die een oplossing bieden aan de beschreven ontwikkelingen. Mogelijke oplossingsrichtingen waarover het zorgkantoor, graag primair met bestaande zorgaanbieders, in gesprek gaat en aanvullend in wil contracteren, zijn:

- Uitbreiding van capaciteit, gericht op de oudere GGZ-W cliënt, waarbij geldt dat de voorgenomen uitbreiding tevens draagvlak van de betreffende gemeente heeft.

Salviq (LKW)

In 2023 is er onderzoek gedaan naar de behoefte aan woonvoorzieningen met beveiliging voor mensen die nu nergens langdurig en onvoorwaardelijk terecht kunnen en daardoor continu moeten verhuizen. De aanleiding hiervoor was het vraagstuk rondom de problematische plaatsing van een beperkte groep mensen met multi-problematiek en (zeer) agressief gedrag. Momenteel wordt veel tijd besteed aan het realiseren van tijdelijke maatwerkoplossingen per casus voor deze groep. Er is echter nog geen aanbod beschikbaar dat in hun langdurige zorgbehoeften voorziet. Om deze reden hebben de zorgkantoren besloten gezamenlijk stappen te ondernemen om voorzieningen voor Langdurig Klinisch Wonen (hierna: Salviq) te realiseren.

Salviq moet onvoorwaardelijke intensieve ondersteuning gaan bieden in een beveiligde omgeving, waarbij het uitgangspunt is dat mensen mogen zijn wie ze zijn en zo lang kunnen blijven wonen als nodig. Het streven is om landelijk 60 plaatsen te realiseren, verdeeld over verschillende locaties (per locatie 10-20 plekken). Idealiter worden de eerste plaatsen al vanaf begin 2026 in gebruik genomen. Meer informatie over de zorgcontractering en de daarbij behorende voorwaarden is te vinden in Bijlage IV: Contracteerbeleid Salviq (Langdurig Klinisch Wonen).

5. Kwaliteit

De in hoofdstukken 2 en 3 beschreven uitdagingen en ontwikkelingen hebben invloed op de kwaliteit van zorg. Door te focussen op kwaliteit van leven en informele zorg kan de transitie naar een toekomstbestendige zorg worden gemaakt.

Het vaststellen en borgen van kwaliteit van zorg is de verantwoordelijkheid en expertise van de zorgprofessionals. Daarbij handelen zorgorganisaties conform de voor de sector geldende kwaliteitskaders. De rol van het zorgkantoor is het monitoren van de situatie van de individuele zorgaanbieder en de samenhang in de regio. Informatie wordt gehaald uit onder meer locatiebezoeken, gesprekken, kwaliteitsplannen en/of rapporten. Daarbij worden de beleving van kwaliteit door cliënten, in de vorm van een cliënttevredenheidsonderzoek, en de tevredenheid van personeel meegenomen.

Van kwaliteitsrapportages verwachten wij dat zorgaanbieders zich hierin transparant en toetsbaar opstellen, zodat deze documenten de aanleiding vormen voor gesprekken intern en extern. De formele toetsing van kwaliteit blijft aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Focus op kwaliteit van leven

Het zorgkantoor vindt het belangrijk om de nadruk op welzijn en kwaliteit van leven te leggen en niet op het vermijden van risico's. Een grotere inzet van het eigen netwerk en/of anders geschoolde hulpverleners draagt hieraan bij. Bij geclusterd wonen in de wijk kan, conform het Gezond en Wel Thuis concept, ingezet worden op teams die zich primair richten op welzijn. Centraal hierbij staat dat de cliënt eigen regie heeft.

Wij sluiten in de zorgcontractering aan bij de kwaliteitseisen die vanuit de beroepsgroep worden gesteld. Desondanks is het denkbaar dat er een situatie ontstaat waarin het niet altijd haalbaar is om aan huidige kwaliteitseisen te voldoen. Hierbij staat het zorgkantoor open voor een gesprek over welke risico's aanvaardbaar kunnen zijn gegeven de omstandigheden. Daarnaast kan het voorkomen dat er door zorgaanbieders een (onnodige) regeldruk wordt ervaren. Als er binnen de beïnvloedingssfeer van het zorgkantoor mogelijkheden zijn om deze druk te verlichten, gaan wij hierover graag in gesprek (zie hoofdstuk 6 Innovatie).

ZN en de VGN sloten in 2022 voor de gehandicaptenzorg een akkoord om samen de transitie te maken naar een duurzame, toekomstbestendige en betaalbare gehandicaptenzorg. In dit akkoord zijn vijf inhoudelijke ontwikkelthema's, ook wel kanslijnen, opgenomen. Het zorgkantoor maakt met zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg afspraken over de invulling en voortgang op deze vijf kanslijnen. In de gesprekken wordt de voortgang hiervan gemonitord. Tevens wordt er in de Regiovisie gehandicaptenzorg gezamenlijk gewerkt aan de organisatie van toekomstbestendige zorg.

Medewerker als grootste kapitaal

De medewerker is het grootste kapitaal van een zorgorganisatie. Wij verwachten van zorgaanbieders dat deze actief bezig zijn met het in balans krijgen en houden van hun personeelsbestand, met in het bijzonder aandacht voor ziekteverzuim en uitstroom. Het is hierbij noodzakelijk om een plan te hebben om de verwachte stijging van cliënten op

te vangen met maximaal gelijkblijvend personeel. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij innovatieve manieren van werken en personeelsinzet ontwikkelen. Als het zorgkantoor signalen krijgt dat er problemen zijn rond het inzetten van voldoende en bekwaam personeel, gaan wij in gesprek met de zorgaanbieder. Daarbij inventariseren wij goede voorbeelden van andere aanbieders en delen wij deze waar mogelijk.

6. Innovatie

Zoals in de inleiding beschreven, zien wij innovatie als een belangrijk middel om de zorg toegankelijk en beschikbaar te houden. Innoveren hoeft niet altijd samen te gaan met technologie, maar behelst tevens een nieuwe manier van werken.

6.1 Uitgangspunten beleid

Ondanks het feit dat er in de regio geïnnoveerd wordt, ligt er nog potentie in het meer gebruik maken van innovatie. Dit gezamenlijke beeld wordt door de zorgaanbieders onderschreven en vraagt een actievere inzet van zowel zorgaanbieders als van het zorgkantoor. De noodzaak ligt hier met name bij arbeidsbesparende initiatieven, maar wij kijken graag breed naar alle innovaties die bijdragen aan het optimaliseren van processen die bijdragen aan de verandering van de zorg op het gebied van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Het zorgkantoor gaat zich actiever inzetten op het gebied van innovatie. Dat kan liggen in het verspreiden van praktijkvoorbeelden of zorgaanbieders met elkaar in contact brengen.

Samenwerken in de regio

Innovaties hoeven zich niet te beperken tot de Wlz, maar kunnen daarnaast in voorliggende domeinen zoals de Wmo als preventiemiddel worden ingezet om een Wlz-indicatie of opname te voorkomen. Tevens kunnen vernieuwende samenwerkingsverbanden over de domeinen heen als innovatie worden beschouwd. Om dit soort initiatieven van de grond te krijgen, is regionale samenwerking essentieel.

Innoveren en administratieve lasten

Administratieve lasten worden vaak genoemd als knelpunt in de zorg. Dit heeft weerslag op de personeelsinzet en het terugdringen hiervan is nodig in de aanpak van het arbeidsmarktprobleem.

Specifiek voor de verpleeghuiszorg is landelijk het programma KIK-V opgericht om datagedreven werken te stimuleren. Het zorgkantoor ziet op verschillende vlakken meerwaarde in deze manier van werken. Het heeft een positief effect op de administratieve lasten van de zorgaanbieders omdat zij minder te maken hebben met verschillende uitvragen van stakeholders en zorgt ervoor dat zowel de zorgaanbieder als het zorgkantoor beschikken over betere datakwaliteit en beter inzicht. Daarom richten wij ons de komende periode op een gemeenschappelijke, brede implementatie van KIK-V in de regio. We verwachten dat zorgaanbieders actief aan de slag gaan met de implementatie van KIK-V.

Bewezen effectieve innovaties

Innoveren gebeurt door heel het land en het is zonde om ideeën en ervaringen die andere zorgaanbieders hebben, niet te benutten. De Kennisbank Digitale Zorg⁵ stelt een dynamische lijst op van innovaties die bewezen effectief zijn. De lijst bestaat enerzijds uit door de Kennisbank Digitale Zorg bewezen innovaties en anderzijds uit innovaties die

⁵ Zie: <https://www.vilans.nl/kennisbank-digitale-zorg>

nog niet door de Kennisbank Digitale Zorg zijn beoordeeld, maar in de praktijk hun nut hebben aangetoond en onderschreven worden door brancheorganisaties en/of Vilans en/of GUPTA Strategies.

Ten aanzien van bewezen effectieve innovaties op de lijst van de Kennisbank verwachten wij dat zorgaanbieders toetsen of deze in hun organisatie toepasbaar zijn en deze implementeren wanneer dit inderdaad het geval is. De financiële effecten van de bewezen innovaties zullen worden meegewogen in de afspraken die we met zorgaanbieders maken, ongeacht of deze worden geïmplementeerd. Wij houden hierbij rekening met het “pas toe of leg uit” principe, aangezien wij begrijpen dat niet elke innovatie toepasbaar is binnen een andere organisatie.

6.2 Financiering

Wij willen het innoveren in de regio versnellen. Voor alle aanbieders zien we een belangrijke maatschappelijke opgave om meer cliënten met dezelfde hoeveelheid personeel en budget te helpen. Wij willen organisaties tot op zekere hoogte vrijheid geven hoe zij deze opgave aangaan en gezamenlijk onderzoeken hoe wij dit financieren. Om dit te bereiken oormerken wij, naast het stimuleringsbudget, 1% van onze contracteerruimte voor innovatie. Dit innovatiebudget is beschikbaar voor alle gecontracteerde zorgaanbieders, ongeacht sector of leveringsvorm. Een zorgaanbieder kan gedurende de looptijd van de overeenkomst eenmalig aanspraak maken op innovatiebudget tot maximaal 1% van de budgetafspraken. U kunt als aanbieder altijd een hogere of tweede aanvraag indienen. Mocht er gedurende de looptijd van dit beleid ruimte over zijn van dit innovatiebudget (bijvoorbeeld wanneer andere Wlz-aanbieders geen gebruik van deze mogelijkheid maken), dan zullen we deze aanvragen alsnog beoordelen. In Bijlage III is het format voor een innovatiebudgetaanvraag te vinden.

Transitiemiddelen

In de periode 2022-2026 zijn transitiemiddelen beschikbaar, waaronder het stimuleringsbudget. Dit stimuleringsbudget is nadrukkelijk bedoeld om de toekomstige uitdagingen op verschillende terreinen aan te kunnen gaan (arbeidsmarkt, innovatie en capaciteitsontwikkeling). Daaronder vallen het stimuleren van modern werkgeverschap en de (opschaling van) bewezen effectieve technologie en innovatie. Wij roepen zorgaanbieders op om met innovatieve ideeën te komen, welke met deze middelen gefinancierd kunnen worden.

Het zorgkantoor voert consistent beleid uit met betrekking tot de transitiemiddelen 2022-2026. De zorgaanbieder dient het projectvoorstel bij de relatiebeheerder kenbaar te maken. De projecten moeten passen binnen het doel van het Regionale Programma Aanpak Ouderenzorg (inmiddels RIGA) en de Regiovisie GZ. De aanvragen kunnen gedurende het jaar worden ingediend. De afspraken worden vastgelegd in het addendum behorende bij de overeenkomst en tevens bij de definitieve herschikking van het betreffende jaar.

Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg (STOZ)

Van 2019 tot 2022 kon een aanvraag ingediend worden voor de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET). De ervaringen met de SET zijn meegenomen in de STOZ. De regeling richt zich op de volgende doelen:

- het besparen en verlichten van het werk van zorg- of ondersteuningsmedewerkers;
- het langer thuis blijven wonen van mensen met een (groot risico op) chronische ziekte of beperking met gelijkblijvende of verminderde inzet van zorg- of ondersteuningsmedewerkers.

Subsidie kan aangevraagd worden voor de volgende projecten:

1. Implementatiestart
2. Opschalingsproject
3. Evaluatieproject

Meer informatie vindt u hier <https://www.rvo.nl/subsidies-financiering/stoz>

Op deze wijze stimuleren wij zorgaanbieders om te innoveren. Hierbij hopen wij de omslag te zien naar “gewoon doen”, zelfs wanneer op voorhand nog niet duidelijk is wat het zal opleveren.

7. Toegankelijkheid en doelmatigheid

De zorg toegankelijk houden voor de kwetsbare mensen in onze samenleving waarbij (het voorkomen van) de zorgvraag en de behoefte van de cliënt centraal staat; dat is waar wij in onze regio voor staan. Tegelijkertijd zien en ervaren wij de druk op het toegankelijk houden van de zorg en het doelmatig organiseren ervan.

7.1 Uitgangspunten beleid

De opdracht aan zowel de zorgaanbieder als het zorgkantoor is om het budget voor de langdurige zorg zo efficiënt mogelijk in te zetten. Bij ongewijzigd beleid ontstaan langere wachtlijsten, raakt de zorgketen verder verstopt en staat de betaalbaarheid van de langdurige zorg nog meer onder druk. De uitdaging is om de zorg zo te organiseren dat deze beschikbaar is voor de mensen die dat nodig hebben.

Alternatieve woonvormen

Om de toegankelijkheid voor cliënten te borgen, zetten wij in op de doorstroom naar een geschikte woonvorm, wat niet per definitie een intramurale opname betekent. Alternatieve huisvesting speelt in op deze ontwikkeling en kan bijvoorbeeld worden vormgegeven door: zelfstandig wonen in de wijk voor GZ/GGZ en geclusterde woonvoorzieningen voor ouderen. Dit kan bijdragen aan het voorkomen of uitstellen van een intramurale opname.

VG7

De financiering van VG7-zorgverlening staat al geruime tijd onder druk. Mede hierdoor zijn zorgaanbieders terughoudend in het opnemen van cliënten met een VG7-indicatie. Deze problematiek krijgt in toenemende mate landelijke aandacht, zowel binnen de politiek als in de berichtgeving vanuit de media.

De NZa is gestart met een kostenonderzoek voor onder andere een nieuwe en passende tariefstelling voor de GZ en GGZ. Het kostenonderzoek loopt en aanpassingen in de tarifiering zullen, naar verwachting, per 1 januari 2026 in werking treden. Specifiek voor de VG7 zal, naast de tarifiering ook, de prestatiestructuur aangepast worden. Voornaamste wijziging betreft de splitsing in prestaties VG7 en VG7+.

VG7+

Per 1 januari 2026 treedt naar verwachting de nieuwe prestatie voor VG7+ in werking. Deze prestatie is tot stand gekomen na advies van VGN, VWS en ZN. Als gevolg hiervan ontstaat er differentiatie in de bekostiging van de VG7 doelgroep; een VG7 en een VG7+ prestatie. In de NZa prestatiebeschrijving staat omschreven aan welke eisen moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor financiering van VG7+. 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. 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.

Op het moment van publicatie van dit contracteerbeleid is de NZa beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026

met daarin opgenomen de nieuwe prestatiebeschrijving en tarief voor de VG7+ doelgroep nog niet definitief. Dit contracteerbeleid VG7+ is daarom onder voorbehoud van publicatie van de definitieve beleidsregel door de NZa na 1 juli 2025.

Contracteren VG7+

- Alleen zorgaanbieders die op dit moment VG7 zorgaanbod hebben, komen in aanmerking voor het leveren van VG7+.
- Zowel de cliënt als de context bij de zorgaanbieder moeten 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.
- Het zorgkantoor hanteert ook voor het VG7+ tarief het tariefpercentage dat volgens het regionale contracteerbeleid van het zorgkantoor van toepassing is.

Meerzorg is alleen in uitzonderlijke situaties mogelijk

Zorgkantoren verwachten in principe niet dat meerzorg nodig is in combinatie met een VG7+ en zullen aanvragen hiervoor alleen in uitzonderlijke situaties als maatwerkaanvraag in behandeling nemen. Beschikkingen voor deze cliënten zullen slechts met een zeer tijdelijk karakter worden afgegeven.

Zorgkantoren beschouwen, net zoals andere prestaties, de VG7+ prestatie in beginsel als voorliggend op de VG7 met meerzorg voor die zorgaanbieders die aan de voorwaarden voldoende om VG7+ te leveren.

Het meerzorgbeleid wordt, na publicatie van de beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026, aangepast naar aanleiding van de prestatie VG7+. Het meerzorgbeleid 2026 wordt in Q3 2025 gepubliceerd.

Wat moet u doen als u VG7+ zorg wilt leveren?

Neem contact op met uw relatiebeheerder van het zorgkantoor als u na lezing van dit contracteerbeleid en de NZa beleidsregel van mening bent de VG7+ doelgroep in zorg te hebben en aan de voorwaarden voldoet om VG7+ te leveren. Het zorgkantoor gaat met u in gesprek om te beoordelen of aan de voorwaarden wordt voldaan en neemt een besluit of het VG7+ tarief gedeclareerd mag worden. We verwachten dat zorgaanbieders die meegedaan hebben met de NZa uitvraag en waarvan de cliënten meegenomen zijn in de bepaling van het tarief en aan de voorwaarden voor VG7+ voldoen zich melden bij het zorgkantoor.

2026 is een ingroei-jaar

Met de komst van de prestatie VG7+ ontstaat er een oplossing voor een doelgroep waarvoor nu geen passende prestatie beschikbaar is. In 2026 worden de ervaringen met de prestatie VG7+ van zorgaanbieders en zorgkantoren gemonitord. Op basis hiervan kan de prestatiebeschrijving door de NZa aangepast worden.

Dit geldt ook voor de samenhang met meerzorg. De zorgkantoren zien 2026 als een ingroei-jaar en zullen de VG7+ monitoren. Wij nodigen zorgaanbieders uit om hun ervaringen actief te delen met het zorgkantoor.

Meerzorg

De afgelopen jaren zien wij tussen zorgaanbieders verschillen in de manier waarop meerzorg wordt ingezet. Dit resulteert in verschillen in het gemiddeld meerzorgbudget en het aantal heraanvragen op cliëntniveau. Het zorgkantoor blijft de inzet van meerzorg benchmarken en gaat hierover met zorgaanbieders in gesprek met als doel het waarborgen dat meerzorg doelmatig wordt ingezet.

VPT

Zorgkantoor DSW is vanaf de invoering kritisch geweest op de inzet van Volledig Pakket Thuis (VPT) voor cliënten die niet in een geclusterde setting wonen. Hier zijn zowel inhoudelijke als (macro-)financiële redenen voor.

Het VPT is een direct afgeleide van intramurale zorg waarbij de cliënt uitsluitend nog verantwoordelijk is voor zijn of haar woning. Het zorgkantoor acht het inhoudelijk onwenselijk, en in veel gevallen vanwege de krappe arbeidsmarkt ook onmogelijk, om intensieve intramurale zorg achter de voordeur van de individuele cliënt te organiseren. Vanuit (macro-)financieel oogpunt hebben we ons altijd op het standpunt gesteld dat VPT ten opzichte van MPT (modulair pakket thuis) een onverklaarbaar kosten-opdrijvend effect geeft. Dit blijkt ook uit een interne analyse van het zorgkantoor waarbij een vergelijking is gemaakt tussen het gemiddelde jaarbudget MPT en de jaarlijkse kosten op basis van VPT. De meerkosten van VPT ten opzichte van MPT bedragen op jaarbasis het zesvoudige.

Zorgkantoor DSW contracteert VPT om bovengenoemde redenen in principe alleen in geclusterde woonvormen. Naar onze mening is dat ook waar het VPT voor bedoeld is.

Andere wijze van contracteren

Het zorgkantoor constateert dat de huidige wijze van contracteren niet altijd voldoende passend is voor zorgaanbieders om anders te werken. Zo heeft de huidige wijze van bekostigen een productieprikkel in zich wat zorgaanbieders niet stimuleert om in te zetten op in te zetten op het voorkomen dan wel uitstellen van zorg. Ook houdt de huidige wijze van bekostigen geen/onvoldoende verband met de kostenontwikkelingen bij zorgaanbieders, wat ertoe kan leiden dat zorgorganisaties - bijvoorbeeld bij toename van de zorgzwaarte in intramurale settings - wel meer opbrengsten krijgen zonder dat de kosten (in dezelfde mate) meegroeien.

Het zorgkantoor zou graag verkennen welke alternatieve mogelijkheden er zijn die anders werken meer stimuleren. Het zorgkantoor nodigt de zorgaanbieders uit om hierover in gesprek te gaan met het zorgkantoor. In hoofdstuk 8 wordt hier nader op ingegaan.

7.2 Informatie over het zorgaanbod

Zorgkantoor DSW is, net zoals alle andere zorgkantoren, verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van keuze-informatie over het gecontracteerde Wlz-zorgaanbod in de zorgkantoorregio en gebruikt hiervoor de online [Zorgatlas](#). Dit is een landelijke keuzetool van alle zorgkantoren. De zorgaanbieder toetst periodiek of de keuze-informatie in de Zorgatlas (nog) juist en volledig is. Het actualiseren van gegevens in de beheeromgeving van de Zorgatlas is een continu proces. Zijn er in een lopend jaar wijzigingen in het gecontracteerde zorgaanbod of in locatiegegevens, dan past de zorgaanbieder de informatie in deze omgeving hierop aan. Nieuw gecontracteerde zorgaanbieders zorgen

er ook voor dat actuele informatie over het Wlz-zorgaanbod beschikbaar is in de Zorgatlas.

Iedere zorgaanbieder die voor 2026 wordt gecontracteerd, heeft uiterlijk 1 december 2025 zijn gegevens gevuld, gecontroleerd en/of geactualiseerd.

8. Afspraken

Met dit meerjarige contracteerbeleid wil het zorgkantoor passende afspraken maken met meerjarige uitgangspunten. Het zorgkantoor ziet meerjarige samenwerking als middel om de stijging van de zorgvraag binnen het schaarse financiële kader te organiseren. Het staat vast dat binnen de regio de zorgvraag in omvang en complexiteit harder toeneemt dan de beschikbare middelen.

Belangrijke onderdelen van deze samenwerkingsafspraken zijn het tariefpercentage en het volume. Binnen de regio wordt van oudsher voor het maken van afspraken maatwerk toegepast en deze werkwijze wordt de komende jaren gecontinueerd. Uitwerking van deze maatwerkafspraken is onder andere de tariefdifferentiatie; zie paragraaf 8.2.

8.1 Meerjarenafspraken

Het uitgangspunt van het zorgkantoor is om, waar mogelijk, meerjarige afspraken te maken met een looptijd tot en met 2027. Meerjarige afspraken voorzien zorgaanbieders voor een langere periode van financiële zekerheid en beperking van administratieve lasten. Het zorgkantoor vindt dat een meerjarige afspraak tevens bij moet dragen aan de opdracht om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Het overeenkomen van een meerjarige afspraak koppelen wij daarom aan een resultaatafspraak gedurende de looptijd van de overeenkomst. Het doel van de resultaatafspraak is om stappen te zetten die bijdragen aan een toekomstbestendige zorg zodat met dezelfde middelen meer cliënten geholpen kunnen worden. Voorbeelden van een resultaatafspraak zijn: gelijkblijvende kosten per cliënt (ZZP-mix en/of ureninzet), daling van gemiddeld meerzorgbudget, ambulantisering en een daling van het tariefpercentage gedurende de looptijd van de afspraak. De uitwerking van een resultaatafspraak wordt in onderling overleg nader vormgegeven.

8.2 Tarief

Type zorgaanbieders

Het zorgkantoor kent drie soorten aanbieders, te weten: bestaande zorgaanbieders, zorgaanbieders nieuw in de regio en nieuwe zorgaanbieders.

Bestaande zorgaanbieders zijn gedefinieerd als zorgaanbieders die in 2025 een (meerjaren)overeenkomst en productieafspraak hebben met Zorgkantoor DSW.

Zorgaanbieders nieuw in de regio worden gedefinieerd als zorgaanbieders met een overeenkomst in 2025 in een andere zorgkantoorregio dan de WSD-regio.

Nieuwe zorgaanbieders zijn gedefinieerd als zorgaanbieders die in 2025 met geen enkel zorgkantoor een Wlz-overeenkomst hebben.

Voor de bepaling van het tariefpercentage maakt het zorgkantoor onderscheid tussen drie type zorgaanbieders: bestaande zorgaanbieders met een meerjarenovereenkomst, bestaande zorgaanbieders met een eenjarige overeenkomst en nieuwe zorgaanbieders. Onder nieuwe zorgaanbieders vallen ook zorgaanbieders nieuw in de WSD-regio.

Bestaande zorgaanbieders met meerjarenovereenkomst

Voor dit type zorgaanbieder geldt dat de basis van de financiële afspraak 2024-2028 voortvloeit uit de huidige (meerjaren)afspraken. Onderdeel van deze meerjarenafspraken is het overeengekomen tariefpercentage gedurende de looptijd van de overeenkomst.

Gedurende de jaarlijkse contracteringsoverleggen wordt nader stilgestaan bij de voortgang van de resultaatafspraken uit de meerjarenafspraken. De zorgaanbieder ontvangt de monitor, zoals ingevuld door het zorgkantoor, uiterlijk een week voorafgaand aan dit overleg. Welke items per thema van toepassing zijn, is afhankelijk van de zorg die de zorgaanbieder verleent. De monitor wordt jaarlijks ingevuld door het zorgkantoor en dient in de jaren na vaststelling van het tarief als basis voor het gesprek ter monitoring van de meerjarenafspraken.

Bestaande zorgaanbieders met een eenjarige overeenkomst

Voor dit type zorgaanbieder geldt dat een meerjarenovereenkomst (2026-2028) wordt gesloten, met een eenjarige financiële afspraak. De basis van de financiële afspraak (2026) vloeit voort uit de lopende afspraak (2025).

Voor vaststelling van het tarief maakt het zorgkantoor gebruik van een monitor waarmee een beeld wordt gevormd van de zorgaanbieder. Deze monitor geeft inzicht in hoe de zorgaanbieder inspeelt op de eerder beschreven thema's en uitdagingen: wonen en zorg, kwaliteit, innovatie en toegankelijkheid en doelmatigheid. Daarnaast bevat onze monitor organisatorische onderdelen waaronder: administratie, personeel en transparantie. De monitor is als bijlage toegevoegd bij dit contracteerbeleid⁶.

De uitkomst van de monitor bepaalt het tariefpercentage. Dit percentage wordt toegepast op het maximum NZa-tarief. De monitor kent drie mogelijke uitkomsten: een verhoging van maximaal 1%, een verlaging van maximaal 1% of een gelijkblijvend tariefpercentage aan 2025, met een maximum van 97,5% van het NZa-tarief⁷.

In de monitor wordt de zorgaanbieder per thema beoordeeld. Het resultaat per thema leidt tot een mutatie van maximaal 0,2% van het tariefpercentage. De uitkomst per thema kan uitsluitend positief zijn in situaties waarin binnen het thema geen enkele individuele parameter is met een score: 'Nee' of 'Onvoldoende'. Indien binnen het thema meer dan de helft van de parameters een score: 'Nee' of 'Onvoldoende' scoort, is de uitkomst op dat thema negatief. In de andere gevallen blijft het tariefpercentage op dat thema gelijk.

De uitkomst van de monitor, zoals door het zorgkantoor ingevuld, vormt de basis voor een gesprek. Tijdens dit gesprek wordt het definitieve tariefpercentage afgesproken. De zorgaanbieder ontvangt de monitor zoals ingevuld door het zorgkantoor voorafgaand aan dit overleg. Welke items per thema van toepassing zijn, is afhankelijk van de zorg die de zorgaanbieder verleent. De monitor wordt jaarlijks ingevuld door het zorgkantoor en dient in de jaren na vaststelling van het tarief als basis voor het gesprek.

⁶ De monitor maakt onderdeel uit van het Contracteerbeleid 2026, te vinden op de website van Zorgkantoor DSW: <https://www.zorgkantoor.dsw.nl/Zorgaanbieders/Zorgcontractering/Contracteerbeleid/2026>

⁷ Voortvloeiende uit de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis' de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg' en de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg'.

Nieuwe zorgaanbieders & zorgaanbieders nieuw in de regio

Met nieuwe zorgaanbieders en zorgaanbieders nieuw in de regio wordt een eenjarige overeenkomst afgesloten, waarbij voor 2026 een tariefpercentage van 91% van het NZa-tarief geldt. Het betreft hier een bestendig beleid. Gedurende de looptijd van deze overeenkomst wordt op basis van de monitor het tariefpercentage vastgesteld voor de periode na 2026. Het zorgkantoor maakt de afweging of de eenjarige afspraak wordt gecontinueerd of dat deze wordt omgezet naar een meerjarige overeenkomst.

8.2.1 Overige punten inzake tarief

Toepassing NHC/NIC component

Voor de normatieve huisvestingscomponent/normatieve inventariscomponent (NHC/NIC) wordt 100% van het NZa-tarief afgesproken.

Totstandkoming tarieven extramurale prestaties

De tarieven voor extramurale prestaties worden als volgt berekend:

- Tarief per minuut:

(Overeengekomen tariefpercentage * NZa-tarief) / 60. Het minuuttarief wordt naar beneden afgerond op 2 decimalen.

- Tarief per uur:

Tarief per minuut * 60.

Overlap voorliggende domeinen

Het zorgkantoor zal waar mogelijk aansluiten bij de tariefstelling van producten die zowel vanuit de Wlz als de andere domeinen, Wmo en Zvw, gefinancierd kunnen worden. Voorbeelden zijn huishoudelijke hulp en begeleiding (individueel en groep), maar ook verpleging en verzorging.

Crisis zorg

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van de langdurige zorg, ook in spoedsituaties. Derhalve heeft het zorgkantoor met enkele zorgaanbieders crisiscapaciteit in de afspraken betrokken. De crisisregeling in de ouderenzorg is belegd bij het coördinatiepunt WSD; hier vindt aanmelding en bemiddeling plaats. Voor de gehandicaptenzorg loopt de crisisregeling via de crisisregisseurs. Zij classificeren en bemiddelen de crisiszorg. Het zorgkantoor spreekt uitsluitend crisisbedden af met zorgaanbieders die van oudsher beschikken over crisiscapaciteit. Binnen de regio wordt periodiek de crisisregeling en -capaciteit geëvalueerd.

Levensloopaanpak

De Levensloopaanpak is een samenwerking voor mensen met onbegrepen gedrag en een hoog veiligheidsrisico. Voor hen is het nodig dat forensische zorg langdurig betrokken blijft en er samenhang is tussen ondersteuning, zorg en veiligheid. (www.levensloopaanpak.nl)

Vanaf 2026 krijgen zorgaanbieders voor cliënten met een Wlz indicatie de mogelijkheid om de uitvoering van de levensloopaanpak te financieren d.m.v. een prestatie. De verwachting is dat de NZa op 1 juli 2025 een prestatie en tarief zal publiceren. Op basis

van deze prestatie kunnen levensloopaanbieders via het zorgkantoor de geleverde coördinatie van de zorg aan levensloop cliënten met een Wlz indicatie declareren.

Een levensloopaanbieder is een officieel vastgestelde rol voor een zorgaanbieder die zorg coördineert en/of levert in het kader van de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg⁷.

Als u gebruik wilt maken van deze nieuwe prestatie of er vragen over heeft dan kunt u daarvoor contact opnemen met uw inkoper. De prestatie wordt afgesproken met partijen die de rol van levensloopaanbieder vervullen en is beschikbaar voor Wlz cliënten die zijn geïnccludeerd in de levensloopaanpak. Zorgkantoren hanteren voor 2026 hierbij het vastgestelde tarief door de NZa.

8.3 Volume

Voor de bepaling van het volume hanteert het zorgkantoor de volgende werkwijze. Voor zorgaanbieders met intramurale capaciteit geldt dat de overeengekomen capaciteit voortvloeit uit de bestaande capaciteit en de nog te realiseren capaciteit waar het zorgkantoor reeds akkoord voor heeft gegeven. Gedurende het contracteringsproces zal de intramurale (meerjaren)capaciteit worden vastgesteld.

Nieuwe uitbreiding van capaciteit is uitsluitend mogelijk indien de marktanalyse daar op geografisch en zorginhoudelijk niveau aanleiding toe geeft én hier bij een eerste voornemen met het zorgkantoor het gesprek over gevoerd wordt.

Het volume voor extramurale zorg wordt berekend door de aantallen uit de meest recente herschikking te vermenigvuldigen met de volumegarantie. Bij de beoordeling van overproductie en knellende regionale contracteerruimte geeft het zorgkantoor voorrang aan de uitbreiding van (extramurale) zorgverlening in lijn met het Gezond en Wel Thuis concept ten opzichte van traditionele zorgvormen.

Het zorgkantoor hanteert een bestendig beleid waardoor de volgende volumegaranties gelden:

V&V	90%
GZ	95%
GGZ	95%

De volumegarantie wordt in de afspraak verwerkt om invulling te geven aan het geld-volgt-klant-principe. Het zorgkantoor vindt keuzevrijheid en klantgerichtheid belangrijke aspecten en verwerkt die op deze manier in de afspraak.

Indien zorgaanbieders minder realiseren dan de budgetafpraak, wordt uitsluitend de daadwerkelijk geleverde zorg gefinancierd, waarop indien nodig correcties conform afspraak worden toegepast, tenzij anders overeengekomen (in het geval van een alternatieve afspraak zoals een aanneemsom).

8.4 Hardheidsclausule

Omdat het zorgkantoor in de afspraken met de individuele aanbieder differentiatie toe past, is daarmee een uitwijkmogelijkheid door middel van een hardheidsclausule in basis niet noodzakelijk. Als de hierboven beschreven tariefsystematiek voor de zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk nadelig gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule. De zorgaanbieder dient binnen twintig kalenderdagen na de vaststelling van het tarief aan te geven dat zij beroep willen doen op de hardheidsclausule, inclusief onderbouwing.

Om voor toepassing van de hardheidsclausule in aanmerking te komen moet de zorgaanbieder kunnen aantonen dat de zorgaanbieder op een doelmatige manier zorg levert en het beoogde tarief niet kostendekkend zal zijn. De zorgaanbieder moet dit onderbouwen door middel van het aanleveren van ten minste de laatste twee jaarrekeningen, de begroting van 2026 en 2027 inclusief mogelijke aangepaste prognoses hiervan en de liquiditeitsprognoses, gericht op de Wlz exploitatie. Afhankelijk van de situatie kunnen aanvullende documenten opgevraagd worden door het zorgkantoor.

Bij de beslissing over de toepassing van de hardheidsclausule weegt het zorgkantoor de financiële positie van de zorgaanbieder mee in de beoordeling of het tarief al dan niet daadwerkelijk kostendekkend is en wordt beoordeeld of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn waardoor kosten kunnen worden bespaard. Het zorgkantoor beoordeelt of, en zo ja welke, maatwerkafspraken gemaakt worden op basis van de hardheidsclausule. Bij de beoordeling om de hardheidsclausule toe te passen nemen wij ook onze zorgplicht mee.

In nader overleg, mede aan de hand van de aangeleverde documentatie, zal maatwerk worden toegepast in de alternatieve totstandkoming van het tariefpercentage. De afspraken naar aanleiding van toepassing van de hardheidsclausule zijn maximaal één jaar geldig.

9. Proces Zorgcontractering

9.1 Schematisch verloop en planning

Het zorgkantoor hanteert deadlines in het contracteerproces 2026. Schematisch verloopt het proces van zorgcontractering voor een overeenkomst per 1 januari 2026 als volgt:



Figuur 1: Schematisch verloop en planning contracteringsproces 2026.

9.2 Voorwaarden overeenkomst en indiening offerte

Om in aanmerking te komen voor een overeenkomst, levert de zorgaanbieder een complete offerte aan. Hierbij maakt het zorgkantoor onderscheid tussen:

1. Bestaande zorgaanbieders met een eenjarige Wlz-overeenkomst 2025 met Zorgkantoor DSW;
2. Zorgaanbieder nieuw in de regio (wel een Wlz-overeenkomst in 2025 in een andere zorgkantoorregio dan WSD);
3. Geheel nieuwe zorgaanbieder (nog geen Wlz-overeenkomst in 2025 elders).

Bestaande aanbieders met een meerjarenovereenkomst hoeven *geen* documenten aan te leveren.

In bijlage I staat welke documenten de verschillende categorieën zorgaanbieders moeten indienen om een overeenkomst voor 2026 (-2028) te verkrijgen.

Reeds bestaande pgb wooninitiatieven

Voor pgb wooninitiatieven geldt dat zij in aanmerking komen voor een ZIN overeenkomst indien aan de in het contracteerbeleid geldende voorwaarden wordt voldaan. Pgb-wooninitiatieven kunnen zich binnen de geldende tijdlijnen aanmelden voor een ZIN contract.

Voorwaarden overeenkomst

Zorgkantoor DSW vindt keuzevrijheid voor cliënten in de WSD-regio belangrijk. Tegelijkertijd houdt het zorgkantoor oog voor efficiënte organisatie van zorg en ondersteuning door onnodige versnippering tegen te gaan. Daarom contracteert Zorgkantoor DSW uitsluitend nieuwe zorgaanbieders die aan de in bijlage I en II gestelde voorwaarden voldoen en voor zover de marktanalyse aanleiding geeft voor contractering van de nieuwe zorgaanbieder.

Proces

Het zorgkantoor maakt voor de contractering voor 2026 en verder gebruik van het Zorginkoopportaal van VECOZO. Vanaf 1 juli 2025 is het VECOZO portaal geopend. Bestaande aanbieders met een eenjarige overeenkomst ontvangen vanuit VECOZO een bericht. Nieuwe aanbieders (in de regio) kunnen een mail sturen met vermelding van de AGB-code naar contractering.wlz@dsw.nl waarna tevens een bericht vanuit VECOZO wordt gestuurd. De zorgaanbieder dient de offerteaanvraag uiterlijk 31 juli 2025, voor 17:00 uur in te dienen via de uitvraagmodule in het Zorginkoopportaal. Om in te loggen in het zorginkoopportaal heeft u een persoonlijk VECOZO certificaat nodig dat geautoriseerd is voor de uitvraagmodule van het Zorginkoopportaal.

Voor meer informatie over het inloggen op de uitvraagmodule verwijzen wij u naar de website van VECOZO, te bereiken via

<https://www.vecozo.nl/support/zorginkoopportaal/>

Een aanvrager dient altijd zelf te controleren of alle documenten, die op deze procedure betrekking hebben, ongeschonden en in definitieve versie zijn ontvangen. Het is niet mogelijk om de offerteaanvraag na het tijdstip van de indiening te wijzigen, aan te vullen en/of te verduidelijken, tenzij het zorgkantoor daartoe een verzoek doet. Aan een zodanig verzoek kan door de aanvrager geen aanspraak op een overeenkomst worden

ontleend. Het zorgkantoor is in geen geval gehouden een dergelijk verzoek te doen.

De zorgaanbieder die een offerteaanvraag indient, wordt geacht kennis te hebben genomen van en onvoorwaardelijk te hebben ingestemd met de toepasselijkheid en inhoud van het Contracteerbeleid Wlz 2024 - 2026 Zorgkantoor DSW *inzake contractering 2026* en alle daarbij behorende documenten zoals gepubliceerd op onze website. Alle aangeleverde documenten behorende bij de offerteaanvraag zijn in de Nederlandse taal opgesteld.

Het zorgkantoor heeft contracteerbeleid met alle bijbehorende bijlagen met zorg samengesteld. Indien een aanvrager meent dat informatie of een bepaling in dit beleid onjuist, onrechtmatig of op andere wijze onregelmatig is, dient de aanvrager uiterlijk 13 juni 2025 voor 12:00 uur Zorgkantoor DSW schriftelijk te attenderen op die vermeende onjuistheid, onrechtmatigheid of onregelmatigheid anderszins.

Zorgaanbieders kunnen, als zij het niet eens zijn met het contracteerbeleid inclusief de gepubliceerde Nota van Inlichtingen, binnen een termijn van twintig kalenderdagen na de dag van de publicatie van de Nota van inlichtingen een bezwaar indienen bij het zorgkantoor (via contractering.wlz@dsw.nl) dan wel een kortgedingprocedure beginnen bij de rechtbank te Rotterdam. Deze termijn is een vervaltermijn. Indien een aanvrager het zorgkantoor hierop niet tijdig op de voorgeschreven wijze heeft geattendeerd, is elke (latere) vordering gericht tegen de vermeende onjuistheid, onrechtmatigheid of onregelmatigheid anderszins niet ontvankelijk.

Door deelname aan de contracteringsprocedure accepteren zorgaanbieders dat zij een bezwaar moeten indienen of het kort geding aanhangig moeten maken binnen de termijn van twintig kalenderdagen na publicatie van de Nota van Inlichtingen op straffe van verval van ieder recht om op een later moment tegen het contracteerbeleid inclusief de Nota van inlichtingen – in rechte – op te komen.

Een eventueel aangespannen kort geding heeft geen schorsende werking voor definitieve contractering.

Tussentijds contracteren

Zorgaanbieders die verwachten pas in de loop van 2026 starten met het verlenen van zorg, hebben de mogelijkheid om, in afwijking op bovenstaande, tussentijds te contracteren. De voorwaarden voor contractering en de beoordelingsprocedure zijn gelijk aan die bij een reguliere inschrijving. Het zorgkantoor verwacht dat zorgaanbieders zich alleen aanmelden voor een tussentijdse overeenkomst wanneer aannemelijk is dat zij in het betreffende jaar nog zorg gaan leveren. Voor tussentijdse contractering dient de zorgaanbieder de offerteaanvraag uiterlijk 28 februari 2026 23:59 in via het Zorginkoopportal van VECOZO. Het zorgkantoor beoordeelt de aanmelding en geeft binnen 2 maanden na de uiterste indieningsdatum de zorgaanbieder een terugkoppeling van deze beoordeling.

9.3 Beoordeling offerte

Zorgkantoor DSW controleert de offerteaanvragen op vormvereisten en volledigheid. Te laat ontvangen of onvolledige offerteaanvragen zijn ongeldig.

De aanvragen en de bijbehorende documenten worden beoordeeld op de geschiktheidseisen, uitsluitingsgronden en aanvullende voorwaarden. Wanneer zorgaanbieders niet voldoen aan de geschiktheidseisen of wanneer een van de uitsluitingsgronden op hen van toepassing is, worden zij uitgesloten van de contracteerprocedure. Bij afwijzing neemt het zorgkantoor nieuwe offertes van deze zorgaanbieders met betrekking tot de overeenkomst 2026 niet meer in behandeling. Het zorgkantoor kan verlangen dat de aanvrager zijn offerteaanvraag nader toelicht en/of voorziet van onderbouwende documenten.

Hierbij is het zorgkantoor gerechtigd, maar niet gehouden, om alle op basis van de aanvraag in te dienen gegevens en verklaringen op juistheid te controleren.

Een zorgaanbieder kan van deelname aan de contracteerprocedure worden uitgesloten indien het zorgkantoor zwaarwegende redenen heeft aan te nemen dat de zorgaanbieder zijn verplichtingen niet zal nakomen, zoals redelijkerwijs van hem gevraagd mag worden. Dit geldt ongeacht of de door het zorgkantoor gebruikte redenen al dan niet voldoende zijn om als een toerekenbare tekortkoming bij de uitvoering van de overeenkomst, zou deze tot stand zijn gekomen, te worden aangemerkt.

De aanvrager heeft geen recht op vergoeding van enigerlei kosten in het kader van deze offerteaanvraag. Zorgkantoor DSW behandelt de offertes vertrouwelijk. De documenten worden uitsluitend getoond aan medewerkers die direct bij de offerteprocedure zijn betrokken.

9.4 Uitkomsten beoordeling offerte

In onderstaande tabel staat welke uitkomsten er mogelijk zijn na het beoordelen van de offertes.

De zorgaanbieder voldoet:	Overeenkomst	Productieafspraken op:
Niet aan de minimale eisen	Nee	N.v.t.
Wel aan alle eisen	Ja, een- of meerjarige overeenkomst	14 november 2026

Tabel 3: Uitkomstmogelijkheden beoordeling offertes 2026.

9.5 Voorbehouden

Na publicatie van dit document is het mogelijk dat beleidswijzigingen worden aangekondigd, welke effect hebben op dit contracteerbeleid. Het zorgkantoor is altijd gerechtigd de contracteerprocedure en het -beleid aan te passen en/of te stoppen dan wel de opdracht(en) niet te gunnen, indien bijvoorbeeld:

- Onvoldoende financiële middelen beschikbaar zijn c.q. komen;

- Door wijziging van regelgeving en/of overheidsbeleid de inhoud van de contracteerprocedure dient te worden aangepast;
- Een tegen zorgkantoor DSW uitgesproken vonnis hem daartoe noopt.
- Voor situaties die tijdens de publicatie van dit document niet bekend en/of voorzien waren, is het zorgkantoor gerechtigd de benodigde besluiten te nemen en/of maatregelen te treffen;

Indien het zorgkantoor besluit de contracteerprocedure te wijzigen en/of te stoppen is het op geen enkele wijze gehouden tot (schade)vergoeding jegens inschrijvers. Eventuele aanpassingen of wijzigingen na publicatie van het contracteerbeleid worden via de website van het zorgkantoor (www.zorgkantoordsw.nl) bekendgemaakt.

Het zorgkantoor behoudt zich zonder meer, en zonder tot enigerlei schadeplichtigheid te zijn gehouden, in ieder geval het recht voor:

- De tijdsplanning te wijzigen;
- Nader onderzoek in te stellen en de mogelijkheid om de aanvragers uit te sluiten in geval van gegronde twijfel over reële mogelijkheden van de aanvrager om de offerteaanvraag gestand te doen;
- Aanvragers die onjuiste en/of valse gegevens verstrekken uit te sluiten van de contracteerprocedure;
- Een offerteaanvraag ongeldig te verklaren waaraan één of meer voorwaarden of voorbehouden zijn verbonden.

9.6 Geschillen

Op de contracteerprocedure is Nederlands recht van toepassing. De (voorzieningen-)rechter van de Rechtbank te Rotterdam is bij uitsluiting bevoegd om geschillen te beslechten.

Een aanvrager dient bezwaren tegen de gunningsbeslissing(en) binnen 15 dagen na verzending van de mededeling door betekening van een dagvaarding een kort geding aanhangig te hebben gemaakt tegen die gunningsbeslissing. Indien binnen 15 dagen na verzending van de gunningsbeslissing een kort geding aanhangig is gemaakt, gaat Zorgkantoor DSW niet over tot gunning van de overeenkomst(en) waarop die gunningsbeslissing(en) ziet/zien, voordat in kort geding vonnis is gewezen, tenzij een zwaarwegend belang onverwijld gunning gebiedt. Indien niet binnen 15 dagen na verzending van de gunningsbeslissing(en) een kort geding aanhangig is gemaakt, kunnen de gepasseerde aanvragers geen bezwaren meer maken naar aanleiding van de gunningsbeslissing(en) en hebben zij hun rechten terzake verwerkt. Zorgkantoor DSW is in dat geval dan ook vrij om gevolg te geven aan de geuite beslissing(en). De gepasseerde aanvragers hebben in genoemd geval evenzeer hun rechten verwerkt in een (bodem)procedure een vordering tot schadevergoeding in te stellen.

Bijlage I – In te dienen documenten

In deze bijlage is met een X aangegeven welke documenten moeten worden aangeleverd bij de offerteaanvraag 2026.

In te dienen documenten	Toelichting op in te dienen documenten	Meesturen bij de inschrijving		
		1 Bestaande zorgaanbieders 2025	2 Zorgaanbieders nieuw in de regio	3 Geheel nieuwe zorgaanbieders
Bestuursverklaring inclusief bijlagen	De zorgaanbieder dient de volledig ingevulde bestuursverklaring, die voor u wordt klaargezet in Vecozo, aan te leveren bij de offerteaanvraag 2026.	X	X	X
Werkzaam in de regio WSD	Bij het indienen van de offerte toont de aanvrager aan dat er in de maanden april, mei en juni 2025 in de regio WSD gemiddeld aan minimaal tien cliënten zorg is verleend.		X	X
Ondernemingsplan: alle onderdelen zijn benodigd	De invulling van het ondernemingsplan is beschreven in Bijlage II.			X
Ondernemingsplan: Onderdelen 3, 4 en 5	De invulling van het ondernemingsplan is beschreven in Bijlage II.		X	
Afschrift van de inschrijving Kamer van Koophandel (KvK)	- Het afschrift van de inschrijving van de Kamer van Koophandel RP is op het moment van indienen van de overeenkomst niet ouder dan zes maanden. - Het afschrift bevat de namen van de leden van de Raad van Toezicht. Deze gegevens dienen op grond van het Handelsregisterbesluit ook opgenomen te zijn in het handelsregister. - De organisatievorm (juridische entiteit) die een offerteaanvraag indient voor een Wlz-overeenkomst 2026 dient hetzelfde te zijn als vermeld op het afschrift van de KvK.			X

	- Bevoegdheid van ondertekenaar moet blijken uit het afschrift of er moet een volmacht zijn (die eveneens verstrekt moet worden). Als de tekenbevoegdheid van de ondertekenaar niet direct blijkt uit het afschrift van de inschrijving in het Handelsregister van de organisatievorm die een offerteaanvraag indient voor de Wlz-overeenkomst 2026, dan dienen van al die achterliggende rechtsvormen de afschriften van de inschrijving in het Handelsregister te worden meegestuurd met de offerteaanvraag 2026 die nodig zijn om de tekenbevoegdheid van de ondertekenaar aan te tonen.			
Inschrijving UBO('s) UBO-register	- Afschrift van inschrijving UBO('s) in UBO-register dat beheerd wordt door de KvK. - Afschrift is niet ouder dan zes maanden op het moment van inschrijving. - De organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als vermeld op het afschrift. - Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden: - o De bevestiging van de UBO-registratie die de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder van het UBO-register ontvangen heeft. Daarin moeten de gegevens van de UBO('s) de UBO-gegevens staan; én - o Een printscreen van de gegevens van de UBO('s) de UBO-gegevens van de organisatie van de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder. Zie de volgende webpagina van de Kamer van Koophandel (UBO-gegevens inzien KVK (https://www.kvk.nl/ubo/inzien-gegevens/)). Op de printscreen moet de datum zichtbaar zijn die onderaan het beeldscherm wordt weergegeven. De printscreen is niet ouder dan 6 maanden op het moment van inschrijving.			X

WTZa-toelating	- Een bewijs dat uw organisatie voldoet aan de WTZa. Dat wil zeggen dat uw organisatie in het bezit is van de vergunning tbv de WTZa. - De organisatievorm (juridische entiteit) die zich inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient hetzelfde te zijn als op de WTZa van toepassing is. - De inhoud van de toelating moet overeenstemmen met de inhoud van het ondernemingsplan.			X
Verklaring Omtrent het Gedrag voor rechtspersonen (VOG RP)	- Een VOG RP is op het moment van indienen van de overeenkomst niet ouder dan één jaar. - Een Gedragsverklaring Aanbesteding (GVA) volstaat niet. - Een Verklaring Omtrent het Gedrag voor Natuurlijke Personen volstaat niet.			X
Statuten van de inschrijvende zorgaanbieder	- Actuele statuten van de te contracteren partij. - In de statuten is de Governancecode Zorg geborgd, waaronder de informatie over het toezichthoudend orgaan.			X
Verzekering voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid	- Een afschrift van het polisblad waarmee wordt aangetoond dat de aanvrager adequaat verzekerd is voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis). - De verzekering is geldig gedurende de gehele looptijd van de Wlz-overeenkomst. - De organisatievorm (juridische entiteit) die zich inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient hetzelfde te zijn als op het polisblad.			X
AGB-code	Bij het indienen van de offerte beschikt de aanvrager over een regionale AGB-code voor de regio WSD.			X

In te dienen documenten	Toelichting op in te dienen documenten	Meesturen bij de inschrijving		
		1 Bestaande zorgaanbieders 2025	2 Zorgaanbieders nieuw in de regio	3 Geheel nieuwe zorgaanbieders
Vragenlijst IGJ voor nieuwe zorgaanbieders	Iedere nieuwe zorgaanbieder moet deze vragenlijst invullen en het bewijs van invulling indienen bij de inschrijving https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/melden		X	X
Kwaliteitskader van de sector/werkend landelijk erkend kwaliteitssysteem met externe toetsing	De aanvrager toont aan dat hij voldoet aan het kwaliteitskader van de sector danwel werkt met een kwaliteitssysteem. Over het eerste jaar moet verplicht een kwaliteitsverslag/visitatieverslag worden aangeleverd bij het zorgkantoor.			X
Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenraad	De nieuwe zorgaanbieder dient ten laatste zes maanden na ingangsdatum van de overeenkomst aantoonbaar conform de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) (een) cliëntenra(a)d(en) (aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenra(a)d(en)) te hebben ingesteld en op een eerder moment wanneer dat op grond van de Wmcz is vereist. Indien de zorgaanbieder op grond van de Wmcz niet verplicht is (een) cliëntenra(a)d(en) in te stellen, dient de zorgaanbieder 6 maanden na ingangsdatum van de overeenkomst aan te kunnen tonen dat op andere wijze invulling wordt gegeven aan de medezeggenschap van cliënten.			X
Voldoen aan vigerende Governancecode Zorg	Statutaire borging dan wel borging in de relevante reglementen zoals bepaald en uitgewerkt in de Governancecode Zorg, waaronder: - Informatie over het toezichthoudend orgaan; benoeming, samenstelling, schorsing, ontslag etc.; - Belangenverstrengeling;			X

	- Medezeggenschap, invloed en advies; - Verantwoording Raad van Bestuur; - Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur; - Cliëntenraad; - Naleving Code.			
Privacybeleid	- Het privacybeleid staat gepubliceerd op de website van de aanvrager met een werkende link. - Het beleid voldoet aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).			X
Klachtenregeling	- Het beleid staat gepubliceerd op de website van de zorgaanbieder met een werkende link. - Het beleid voldoet aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). - Er is een klachtenfunctionaris.			X
Onderdeel 'Zorgverlening' uit de overeenkomst	De aanvrager voldoet aan het onderdeel 'Zorglevering', zoals respectievelijk opgenomen in artikel 1 en 4 van Deel II en artikel 1 van Deel III van de Wlz-overeenkomst.			X

Bijlage II – Toelichting ondernemingsplan

Een volledig ondernemingsplan bestaat uit een aantal onderdelen. Hieronder wordt per onderdeel weergegeven welke aspecten ten minste in het ondernemingsplan moeten terugkomen.

1. Organisatie-inrichting

Van zorgaanbieders wordt verlangd dat zij in het ondernemingsplan beschrijven:

- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling Raad van Bestuur of directie;
- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling van onafhankelijk, statutair geborgd toezichthoudend orgaan (bijvoorbeeld Raad van Toezicht of Commissarissen);
- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling onafhankelijke klachtencommissie;
- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenraad;
- Implementatie en naleving van de Governancecode Zorg. Duidelijk moet worden hoe deze code in de praktijk werkt binnen de organisatie en hoe erop wordt toegezien dat de code wordt nageleefd;
- Toelichting op een eventuele holding- of concernconstructie;
- Een organogram van de juridische structuur van de zorgaanbieder.

2. Missie en strategie

Dit onderdeel is een beschrijving van de algemene bedrijfsdoelstelling en bevat:

- De algemene doelstelling, missie en/of strategie van de organisatie;
- De bedrijfsfilosofie;
- De gehanteerde en de voor de sector geldende kwaliteitsstandaarden.

3. Omgevingsanalyse

De omgevingsanalyse resulteert in een duidelijk beeld van alle factoren die wel van invloed zijn op het bedrijfsplan, maar waar door de organisatie geen directe invloed op kan worden uitgeoefend. De volgende onderwerpen moeten hierbij benoemd worden:

- De (toekomstige) rol en/of functie in samenwerkingsverbanden waaraan de nieuwe zorgaanbieder reeds deelneemt of gaat deelnemen en de wijze waarop samenwerking gezocht wordt met bijvoorbeeld gemeenten, ketenpartners of andere zorgaanbieders en wie die samenwerkingspartners zijn;
- Concurrenten: de nieuwe zorgaanbieder geeft aan welke zorgaanbieder of zorgaanbieders worden gezien als de (grootste) concurrenten, hoe de marktverdeling eruitziet en welk aandeel de nieuwe zorgaanbieder verwacht te verwerven.

4. Het bedrijfsplan

Dit onderdeel bevat:

- De doelgroep waaraan zorg wordt geleverd;
- De zorgprestaties (volgens de NZa beleidsregels) die worden geleverd;

- De locatie waar de zorg wordt geleverd. Bij een intramurale setting vernemen wij graag de exacte locatie en bij extramurale zorg de wijken c.q. postcodes waar de zorg verleend gaat worden;
- Een omschrijving van de wijze waarop het geoffreerde aanbod zich onderscheidt van andere zorgaanbieders en het reeds bestaand zorgaanbod;
- De borging dat de zorg wordt geleverd door voldoende personeel met de benodigde kwalificaties. Een overzicht van het personeel met zowel aantal als fte en deskundigheidsniveau in relatie tot de doelgroep is vereist;
- Een omschrijving van de wijze waarop de zorgaanbieder in een krappe arbeidsmarkt personeel in loondienst verwerft en behoudt;
- Een omschrijving van de wijze waarop de zorgaanbieder bijdraagt aan de in hoofdstukken 2 en 3 van het Contracteerbeleid beschreven opgave zoals deze er ligt voor de sector waarin de zorgaanbieder werkzaam is;
- Hoe de zorgaanbieder gaat zorgen voor een snelle en juiste administratieve afhandeling conform Wlz-eisen voor ZIN;
- Inzicht in aantallen bestaande cliënten en/of cliënten op de wachtlijst, gespecificeerd naar domein (Wmo/Zvw/Wlz).

5. Financieel plan

In het financiële plan wordt een algemene toelichting op de financiële positie van de zorgaanbieder gegeven evenals een realistische omzetprognose. Hieruit moet een duidelijk beeld ontstaan dat de onderneming financieel gezond is, er geen sprake is van een negatief eigen vermogen en er een positief resultaat verwacht wordt, waardoor borging van de continuïteit van zorg aannemelijk is.

Het zorgkantoor betreft eveneens de jaarrekeningen, die door de zorgaanbieder worden aangeleverd, van de voorafgaande jaren (2023 en 2024) bij de beoordeling van de financiële positie van de zorgaanbieder. Ook de jaarrekeningen 2023 en 2024 van een eventuele moedermaatschappij levert de zorgaanbieder bij dit plan aan. Daarnaast bevat het financieel plan een realistische, gespecificeerde begroting voor 2025 en 2026 waarbij een inzicht wordt gegeven in de verwachte omzet en kosten.

Uw volledige inschrijving, voorzien van alle bijlagen, dient u uiterlijk 31 juli 2025 voor 17:00 in bij het zorgkantoor via VECOZO. LET OP: indien uw inschrijving niet compleet is, nemen wij deze niet in behandeling.

Bijlage III – Aanvraag innovatiebudget

Zoals beschreven in Hoofdstuk 6 hebben wij gezamenlijk een maatschappelijke opgave om meer cliënten met dezelfde hoeveelheid budget en personeel te helpen. Om innovatie in de regio samen te versnellen heeft het Zorgkantoor 1% van de contracteerruimte geormerkt als innovatiebudget, zowel voor technologische als niet-technologische innovaties. De aanvraag voor het innovatiebudget is maximaal twee pagina's per innovatie en bevat de volgende onderdelen:

1. Visie en context

Van de zorgaanbieders wordt verwacht om minstens het volgende te beschrijven

- Wat is de visie op innovatie;
- Omschrijving van de huidige situatie/werkwijze;
- De verschillende knelpunten/uitdagingen.

2. Overzicht van de innovatie(s)

Per innovatie wordt verwacht:

- Een omschrijving te geven van de innovatie;
- Hoe de innovatie bijdraagt aan de maatschappelijke opgave.

3. Kosten

Per innovatie worden de kosten per fase in kaart gebracht. Er wordt verwacht dit zo veel mogelijk te kwantificeren in percentages, euro's en/of uren. Denk aan de volgende:

- Kosten van de aanschaf, implementatie, trainingen, onderhoud, investeringen en doorlopende kosten;
- Totaaloverzicht van alle innovaties;
- Welke kosten worden gedekt door de aanbieder zelf;
- Welk bedrag wordt verwacht van Zorgkantoor DSW.

4. Baten

In de aanvraag wordt de verwachte opbrengst van de innovatie beschreven, en zo veel mogelijk gekwantificeerd in percentages, euro's en/of uren. Denk hierbij aan het resultaat op:

- Maatschappelijke opgave;
- Arbeidsinzet personeel;
- Gezondheidswinst cliënt;
- Financiële impact/opbrengsten.

Daarnaast verwachten wij een omschrijving en/of kwantificatie wat het effect is van de innovatie op de resultaatafspraken.

5. Tijdlijn

Om de inzet van innovatie te concretiseren verwachten wij een tijdslijn met tenminste:

- Verwachte begin- en einddatum;
- Welke (deel)stappen worden ingezet;
- Welke (deel)resultaten wordt behaald;
- Welke evaluatiemomenten inclusief korte omschrijving hoe de evaluatie plaatsvindt.

Bijlage IV – Contracteerbeleid Salviq (Langdurig Klinisch Wonen)

Zorgkantoren gaan samen met zorgaanbieders een passend aanbod realiseren voor mensen met een intensieve ondersteuningsvraag. Aanbod om deze groep mensen voor langere tijd in hun zorgbehoefte te voorzien is nu nog niet voorhanden.

1.1 Profiel van deze cliëntgroep

Hieronder vindt u een cliëntprofiel waarvoor het zorgkantoor de zorg contracteert. Dit profiel is ter indicatie en niet uitputtend.

- Er is altijd sprake van een complexe combinatie van stoornissen, die zowel somatisch, psychisch als sociaal is en het maatschappelijk functioneren in ernstige mate belemmeren.
- Een deel van de cliënten heeft (tijdelijk) intensieve geestelijke en somatische zorg nodig en is veelal niet in staat zelf deze hulp in te roepen of zelfs deze hulp makkelijk te accepteren.
- Er is sprake van cognitieve en/of psychische problemen die het samenleven in de maatschappij (sterk bemoeilijken of) onmogelijk maken gedurende enige tijd.
- Er is sprake van (hoogfrequent) probleemgedrag zowel externaliserend en internaliserend, door bijvoorbeeld gebrek aan empathisch vermogen, ziekte-inzicht, inzicht in oorzaak en gevolg of door overvraging/onderschatting.
- Er is veelal sprake van geringe frustratietolerantie.
- In een aantal gevallen zal er sprake zijn van agerend gedrag. De cliënten zijn bekend met agressie naar de omgeving en indirect naar zichzelf.
- Verslaving en seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen ook voorkomen.

1.2 Aantal plekken en uitgangspunten

Zorgkantoren en zorgaanbieders werken uiteindelijk toe naar een capaciteit van 60 plaatsen onder de merknaam Salviq. Deze plaatsen zijn verdeeld over verschillende locaties. Idealiter zijn eind 2026 tenminste 30 plaatsen gerealiseerd. Per locatie is een minimale omvang van 10 plaatsen gewenst, dit kan middels een groeimodel naar een eindsituatie. De zorg die gerealiseerd dient te worden is te kenmerken als een 3^e lijnsvoorziening. Een onafhankelijke toetsingscommissie bepaalt of een client in aanmerking komt voor een plek bij een LKW voorziening. De door de toetsingscommissie toegewezen cliënt kan niet worden geweigerd, met inachtneming van wet- en regelgeving.

Hieronder worden de voorwaarden voor de benodigde expertise en context weergegeven. Bij de inschrijving toetst het zorgkantoor op de mate waarin wordt voldaan aan deze voorwaarden. Bij een aantal punten wordt aangegeven dat het punt vereist is, andere punten zijn (zeer) gewenst.

Benodigde expertise

- Kennis van psychiatrische stoornissen, LVB- en verslavingsproblematiek. (vereist)
- Kennis van personen met ernstige vroege hechtingsproblematiek. (vereist)
- Kennis van risicotaxatie en vroegsignaleringsmethoden evenals terugvalpreventie-methodieken. (vereist)

- Arts (SO, AVG), sociotherapeuten, verpleegkundigen, paramedische disciplines en gedragswetenschappers zijn onderdeel van een multidisciplinair team, psychiater minimaal op consultatiebasis beschikbaar. (vereist)
- Kennis van en (ruime) ervaring met de-escalatie technieken en omgaan met agressie. (vereist)
- Medicamenteuze behandeling gericht op de lange termijn. (vereist)
- Bereid zijn actief mee te werken aan kennisontwikkeling/uitwisseling tussen de verschillende settingen/instellingen van het Salviq, maar ook kennisdeling met instellingen in de aanpalende sectoren. (vereist)
- Kennis van het herstellen van systeem rond de client/systemisch werken. (vereist)
- Kennis en ervaring in de omgang met de complexe balans afstand-nabijheid. (vereist)
- Somatische kennis van problemen door langdurige verslaving en door vorderende ouderdom. (vereist)
- Kennis van juiste bejegening met betrekking tot evenwicht tussen draagkracht/ draaglast bij verschillende typen problematieken.
- Sensitiviteit en responsiviteit ten aanzien het beïnvloeden van het gedrag en onderliggende behoeften van de cliënten.
- Traumasensitief en cultuursensitief kunnen denken en werken.
- Rouwverwerking/ levend verlies.

Kenmerken van de context

- Het aanbod dient te bestaan uit individueel wonen waar mogelijk leidend tot groepswonen met individuele op samenleven gerichte begeleiding en mogelijkheid tot hoge mate van nabijheid. (vereist)
- Er dient een mix van agogisch-, sociotherapeutisch- en verpleegkundig geschoolde medewerkers aanwezig te zijn. (vereist)
- De clientgroep vereist de beschikbaarheid van kennis en mogelijkheden om somatische zorg te verlenen. Deze zorg dient geregeld te kunnen worden als daar vraag naar is (vereist). Ten aanzien van alle aspecten van de ADL mogelijkheid tot deels of (tijdelijk zelfs) volledige overname van zorg.
- Er zal sprake moeten zijn van een herkenbare, duidelijke en voorspelbare leefwereld zoveel gericht op herstel van maatschappelijk functioneren. (vereist)
- Begeleidingsstijl op basis van gelijkwaardigheid, met (waar mogelijk vaste) routines, rituelen en aanbieden van de mogelijkheid van een dagritme.
- Therapeutisch leefklimaat waar mediërende behandeling plaatsvindt via het bieden van een "healing" woonomgeving met rust, ruimte en gelegenheid indien nodig volledig individueel benaderd te worden gebaseerd op principes van herstel in de brede zin van het woord. (vereist)
- Crisiszorg dient binnen de setting/locatie of op het terrein waar de setting zich bevindt beschikbaar te zijn en of aangeboden te kunnen worden. Overplaatsing naar een andere setting/locatie is geen optie. (vereist)
- niet-vrijwillige zorg is essentieel onderdeel van de zorg, daarbij zijn de Wvvggz en/of Wzd van toepassing.
- Begeleidingsstijl op basis van gelijkwaardigheid, met (waar mogelijk vaste) routines, rituelen en aanbieden van de mogelijkheid van een dagritme.
- Wonen gericht op herstel met als uitgangspunt mogelijkheid van (onvoorwaardelijk) permanent verblijf. (vereist)
- Dagbesteding op maat binnen en/of buiten de woning(en). (vereist)

- Ten aanzien van alle aspecten van de ADL mogelijkheid tot deels of volledige tijdelijke overname van zorg.
- Therapeutisch leefklimaat waar mediërende behandeling plaatsvindt via het bieden van een "healing" woonomgeving met rust, ruimte en gelegenheid indien nodig volledig individueel benaderd te worden gebaseerd op principes van herstel in de brede zin van het woord. (vereist)
- Levensloopbestendige, prikkelarme (visueel en akoestisch), gelijkvloerse (geschakelde-) woning(en) met mogelijkheid tot gebruik van diverse (til) hulpmiddelen.
- Gericht op herstel en ondersteuning van sociale contacten binnen en buiten de locatie.

Kenmerken van de (fysieke) omgeving

- Materiële veiligheid omvat fysieke maatregelen zoals een barrière naar de buitenwereld, beveiligingssystemen, afgesloten ruimten en protocollen die ervoor zorgen dat risico's op geweld worden gereduceerd. (vereist)
- Hekken en gesloten deuren beveiligen de omgeving tegen mogelijke risico's vanuit de bewoners, maar geslotenheid beschermt de bewoners soms ook tegen de maatschappij. (vereist)
- Een gecontroleerde, veilige setting (vergelijkbaar beveiligingsniveau 2-3) is noodzakelijk, waarbij differentiatie en/of afschaling van beveiligingsniveau mogelijk moet zijn. Het is van belang dat binnen de voorziening gedifferentieerd kan worden met de mate van bewegingsvrijheid voor de cliënt. (vereist)
- Relationale veiligheid en een huiselijke sfeer zijn belangrijk, volgens het "healing is environment"-principe. (vereist)
- Mensgerichte zorg binnen een veilige setting. Een menswaardig bestaan bestaat uit het zelf doen van de alledaagse dingen, zoals opstaan, douchen, ontbijten, schoonmaken, koken, eten, enzovoort. Dit vraagt ook dat de bredere omgeving van de organisatie als geheel hierbij aansluit. (vereist)
- Het is belangrijk dat bewoners een zinvolle daginvulling hebben. Werk en andere activiteiten dienen nabij te worden aangeboden, dus op de afdeling of op het terrein rondom de voorziening. (vereist)

1.3 Bekostiging

Uitgangspunt bij de bekostiging is een zzp-tarief aangevuld met groepsmeezorg per voorziening. De komende drie jaar worden de LKW voorzieningen bekostigd op basis van de meezorgregeling. Het is de bedoeling in deze drie jaar te bepalen of de groepsmeezorgregeling passend is voor de bekostiging van de gerealiseerde plaatsen. Dit betekent dat wij van zorgaanbieders verwachten dat zij de kostenrealisatie via een nog vast te stellen begrotings- en realisatieformat bijhouden. Gedurende deze jaren zal de opbouw van de componenten indien nodig worden aangepast, wat betreft inhoud, omvang en kosten. Voorafgaand aan het aflopen van de periode van drie jaar wordt de regeling door de NZa geëvalueerd om te beoordelen of deze bekostigingsstructuur passend is.

Commitment voor de lange termijn is essentieel voor zorgaanbieders, zorgkantoren, cliënten, hun sociale omgeving en de maatschappij om deze voorziening te realiseren. Daarom gaan zorgkantoren en zorgaanbieders binnen Salviq een samenwerking aan voor de langere termijn. Deze samenwerking houdt in, dat voor langere termijn zekerheid wordt geboden met betrekking tot contractering en bekostiging.

De voorzieningen gericht op LKW zullen niet direct vol zitten, wat ook niet wenselijk is, omdat de doorstroom laag zal zijn. Een instroommodel waarbij eerst de hoognodige/beschikbare capaciteit operationeel wordt en vervolgens verder wordt uitgebouwd, is daarom wenselijk. Een vorm van leegstandsvergoeding voor de opstartfase is onderdeel van de bekostiging en wordt in overleg met het zorgkantoor vastgesteld.

1.4 Indienen voorstel

Wij vragen u om bij inschrijving uw interesse kenbaar te maken en daarbij de contouren van uw plan van aanpak middels een voorstel aan te leveren. Daaronder verstaan wij tenminste:

- Het aantal plaatsen dat u wilt organiseren en op welke termijn;
- Een beschrijving van de zorg die u wilt leveren en welke methodieken u wilt hanteren;
- Een weergave van de betrokken zorgprofessionals/expertise;
- Verwachting voor het realiseren van voldoende geschoold personeel en passende huisvesting;
- Een onderbouwing van het benodigde budget om de zorgplek te realiseren (ervan uitgaande dat de structurele (zorg)kosten gefinancierd worden vanuit de reguliere prestaties in combinatie met groepsmeezorg);
- Een personele begroting, opgebouwd uit de volgende onderdelen: Functie, Fte, Loonsom;
- Materiele begroting in hoofdlijn gespecificeerd naar kosten soort (4 cijferig niveau rekenschema);
- Een samenvoeging van deze onderdelen in een totale begroting, waarin ook opslagen zijn verwerkt, kosten en opbrengsten. Deze totale begroting vertalen naar een gemiddelde dagprijs;
- Welke organisatie(s) de zorg uitvoer(t)(en);
- Wanneer en op welke locatie/ in welke zorgkantoorregio u de zorg kunt gaan leveren.

1.5 Beoordelen voorstel

Op basis van de ingediende voorstellen formeren de zorgkantoren een Adviescommissie waarin die zorgkantoren zitten waarbij een door hen gecontracteerde zorgaanbieder een voorstel heeft ingediend. De commissie bestaat uit minimaal drie zorgkantoren die gezamenlijk alle voorstellen beoordelen. De adviescommissie bepaalt of de voorstellen voldoen aan de voorwaarden genoemd in deze bijlage en geeft bij voldoende interesse advies over de drie tot maximaal vier te contracteren aanbieders. Uiterlijke datum voor het indienen van een voorstel ligt op 1 september 2025. U kunt uw voorstel indienen bij uw relatiebeheerder.

Bij de afweging van de adviescommissie zijn de volgende criteria van belang:

- Mate waarin de plannen voldoen aan de alle hierboven gestelde criteria;
- Kwaliteitsborging en referenties: eerdere prestaties van inschrijvers worden meegewogen;
- Financiële stabiliteit: jaarrekeningen of kredietwaardigheidsonderzoeken om continuïteit te beoordelen;
- Ervaring en expertise: ervaring met vergelijkbare projecten en bewezen deskundigheid;

- Transparantie en communicatie: aanbieders die open en helder communiceren wekken vertrouwen;
- Samenwerkingsvermogen: evaluaties van eerdere trajecten en realisatie van bestaand zorgaanbod;
- Tijdige realisatie van benodigd aanbod.

De adviescommissie brengt een zwaarwegend advies uit, waar het betreffende zorgkantoor in principe aan gebonden is. Indien een aanbieder het hier niet mee eens is, verloopt dit via het contracterende zorgkantoor.

1.6 Vastlegging afspraken

Het regionale zorgkantoor waar de beoogde locatie zich bevindt, sluit de overeenkomst met de aanbieder. De afspraken over het Salviq worden als addendum toegevoegd aan de bestaande overeenkomst. Daarin staan ook de uitkomsten van overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over de bekostiging van de initiële investeringen die noodzakelijk zijn om het aanbod te starten. Het betreft dan de kosten voor specifieke aanpassingen aan de locatie, de opbouw van additionele expertise en de kosten voor een geleidelijke invulling van meerdere plekken op één locatie.