

VV WLZ 2026

Inhoudsopgave

1 Zorginkoopdocument WLZ Sector V&V 2024-2026	3
2 Waarden, Status en positie van dit document	5
3 Doelen en bewegingen zorginkoop 2024–2026	7
3.1 Hoofddoel zorginkoopbeleid CZ zorgkantoor 2024-2026	7
3.2 Bewegingen die nodig zijn om de zorg anders te organiseren	7
3.3 Stimuleren van innovatie en de implementatie van bewezen arbeidsbesparende technologieën	12
4 Het Integraal strategisch (verander)plan	14
4.1 Iedere zorgaanbieder werkt op basis van een Integraal strategisch (verander)plan	14
4.2 Meer over het integraal strategisch (verander)plan	15
4.3 Regiobeelden en speerpunt als input voor het integraal strategisch (verander)plan	16
5 Uitwerking zorginkoopbeleid 2024-2026	17
5.1 Tariefsystematiek 2024 tot en met 2026	17
5.2 Het richttariefpercentage 2026	17
5.3 Aanpassingen op het richttariefpercentage	18
5.4 Maatwerkafpraak (op- en afslagen) op het richttariefpercentage op basis van uit verleden aanwijsbaar handelen op stand van zaken datum inschrijving)	21
5.5 Bewezen arbeidsbesparende technologieën en sociale innovaties actief toepassen	22
5.6 Bewegingen en doelen realiseren op basis van een integraal strategisch (verander)plan	23
5.7 Free proposal	25
5.8 Regionaal beleid Transitie middelen 2024 - 2026	32
5.9 Hardheidsclausule	33
5.10. Overig	33
5.11 Bepaling van het volume en de omzet	34
5.12 Contracteerruimte 2026	35
5.13 Betaalbare zorg	35
5.14 Maatwerk in de zorgverlening	36
5.15 Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	37
6 Hoe ziet het inkoopproces er uit?	38

6.1. Het tijdpad van de inkoopprocedure	38
6.2. CZ zorgkantoor hanteert de volgende uitgangspunten voor de zorginkoop	40
6.3. Wanneer bent u een bestaande of nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	41
6.4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	41
6.5. Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst	42
6.6. Contractering nieuwe zorgaanbieders	43
6.7. Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring?	45
6.8. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders	46
6.9. Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders	46
7 Inschrijvingsprocedure 2026	48
7.1. Wanneer kunt u inschrijven?	48
7.2. Sectorale inschrijving	48
7.3. Procedure inschrijving	49
7.4. Voorbehouden, bezwaren en uitsluiting	50
Regionale bijlagen	52
Bijlage 1 Betalingen over 2026	52
Bijlage 2 Sanctiebeleid	55
Bijlage 3 Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders	56
Bijlage 4 Handreiking voor het maken van het Integraal Strategisch (verander)plan	65

1 Zorginkoopdocument WLZ Sector V&V 2024-2026

Zorginkoopbeleid 2026



WLZ Sector V&V 2024-2026
Publicatiedatum 28-05-2025

Voorwoord

De mogelijkheden tot verandering in de langdurige zorg zijn groot. Binnen en buiten de sector groeien bestaande en nieuwe initiatieven. En dat is nodig omdat de toegang tot zorg steeds meer onder druk komt te staan door de sterke groei van het aantal ouderen, krapte op de arbeidsmarkt, sterk stijgende kosten en financiële krapte. (figuur 1) CZ zorgkantoor werkt actief om de langdurige zorg duurzaam toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. Ook de overheid geeft aan dat de Wlz zorg getransformeerd dient te worden om het stelsel financieel beheersbaar en toegankelijk te houden, zonder afbreuk te doen aan kwalitatief goede zorg voor iedereen die dat nodig heeft.

Er is niet één oplossing. Op meerdere vlakken moet actie worden ondernomen om de uitdagingen het hoofd te bieden. Wij hebben de missie om de langdurige zorg te regelen, die past bij de zorgbehoefte van de individuele cliënt. Kwaliteit van leven en welbevinden staan daarbij centraal. Door te innoveren, samen te werken met de zorgaanbieders en te blijven werken aan structurele vooruitgang, verbeteren we samen met u de langdurige zorg continu. Wij geloven in de noodzaak van zorgtransformatie zodat we de langdurige zorg duurzaam toegankelijk houden, nu en in de toekomst.

Het hoger beroep is bepalend geweest in de uitwerking van het inkoopbeleid 2025 en 2026.

In het hoger beroep van de sector gehandicaptenzorg heeft de rechter ons opgedragen de financieringsbaten en lasten mee te nemen. Wij hebben besloten aan die uitspraak uitvoering te geven in alle sectoren. De afgelopen tijd is gebleken dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest.

Er ligt een gezamenlijke opdracht om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Wij verwachten daarom dat zorgaanbieders zich in 2026 extra inspannen om de bewegingen die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, te realiseren. Zorgkantoren gaan hierover met zorgaanbieders in gesprek.

Gelet op het voorgaande zullen wij voor 2027 opnieuw kijken op welke wijze het beste uitvoering gegeven kan worden aan het arrest gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt. Wij behouden ons het recht voor om voor 2027 en verder op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest of voor een ander model te kiezen.

Leeswijzer

Veranderingen in het inkoopdocument 2026

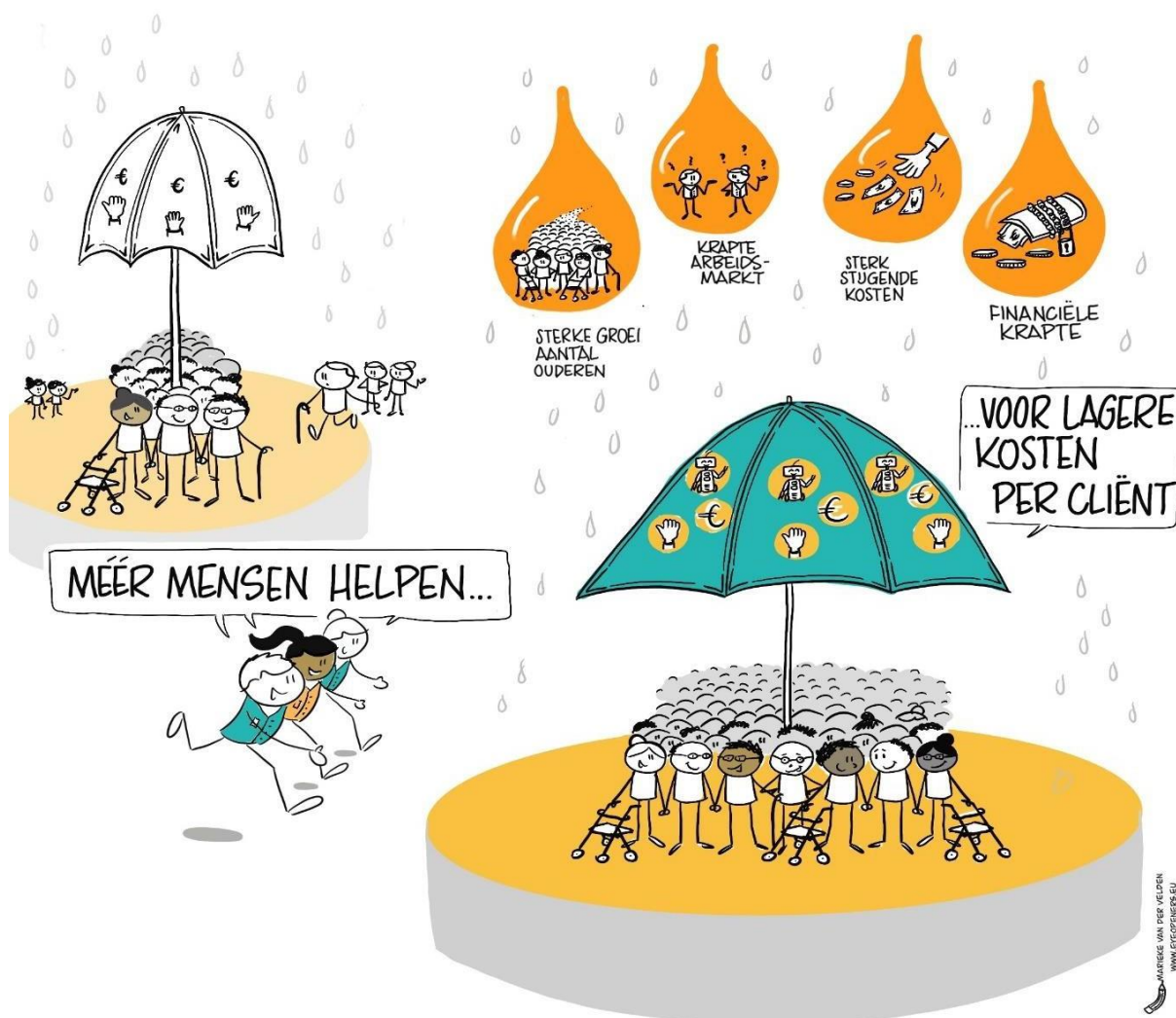
Er zijn een aantal ontwikkelingen voor 2026 die leiden tot wijziging c.q. aanpassing van het zorginkoopdocument. We geven een opsomming van de belangrijkste wijzigingen:

Aanpassingen als gevolg van rechtzaken, wetgeving of nieuwe ontwikkelingen:

- 3.2: CSRD wetgeving
- 5.15: Informatie naar aanleiding van afspraken Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg
- Bijlage 3: Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders

Alleen over de gewijzigde (groene) tekstdelen kunnen vragen worden gesteld in het kader van de Nota van Inlichtingen 2026.

Gewijzigde tekstdelen ten opzichte van het CZ Zorginkoopdocument sector V&V Wlz 2025 hebben in dit document een groene kleur. Om de leesbaarheid van het document te bevorderen, hebben wij de teksten die niet meer van toepassing zijn verwijderd.



Figuur 1: Illustratie van de uitdagingen die op ons af komen en het grotere doel

2 Waarden, Status en positie van dit document

Dit inkoopbeleid is ontwikkeld vanuit de urgentie en behoefte van onze zorgaanbieders en cliënten(raden). Tijdens verschillende regiobijeenkomsten zijn de gezamenlijke waarden, doelen en bewegingen opgehaald en vastgesteld.

Gezamenlijke waarden

Tijdens de bijeenkomsten is gevraagd om aan te geven welke gezamenlijke waarden belangrijk zijn om in deze turbulente tijd te komen tot duurzaam toegankelijke, mensgerichte langdurige zorg. De gezamenlijke waarden waarop wij voortbouwen zijn:

- Vertrouwen
- Samenwerking
- Lef tonen
- Samenredzaamheid
- Regelruimte bieden
- Creativiteit bij zorgaanbieder.

Doelen

CZ zorgkantoor en de zorgaanbieders nemen samen de verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid én betaalbaarheid van zorg. Dat houdt in: meer mensen helpen met hetzelfde geld en personeel. Iedereen hebben we daarbij nodig, de cliënt, de zorgaanbieder en het zorgkantoor. Wij geloven dat we samen de verandering die nodig is, kunnen realiseren.

De doelen die we nastreven zijn in grote lijnen:

- Meer cliënten helpen
- Vaker thuis hulp bieden
- Kwaliteit van leven wordt belangrijker
- Complexe zorg regelen we goed

Bewegingen

Om de beoogde doelen te bereiken zal anders gewerkt moeten worden. We zetten in op de beweging richting passende en arbeidsbesparende zorg en richting *Thuis als het kan, Zelf als het kan* en *Digitaal als het kan*, in goede samenwerking met elkaar en met oog voor preventie en duurzaamheid. In hoofdstuk 3 worden de bewegingen en doelen verder uitgewerkt.

Betrokkenheid van cliënten bij het zorginkoopbeleid

Onze cliënten kijken anders naar de kwaliteit van zorg dan u en wij. Wij horen dan ook graag hun ervaringen over de zorg die zij ontvangen. Dit geeft ons waardevolle informatie om ervoor te kunnen zorgen dat de kwaliteit verbetert en de zorginkoop nog meer gericht is op de cliënt. Daarom blijven we de vertegenwoordiging van de cliëntenraad uitnodigen bij onze kwaliteitsdialogen en organiseren we jaarlijks cliëntenraadbijeenkomsten. Dankzij cliëntervaringen en de betrokkenheid van cliënten(organisaties) krijgen we beter inzicht in de wensen en behoeften van onze cliënten. Op deze manier borgen we dat de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze cliënten zoeken en nodig hebben. Hoe hier binnen CZ aan gewerkt wordt en wat al bereikt is rondom kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het document [Zo betrekken we cliënten bij onze zorginkoop](#).

Status en positie van dit Zorginkoopdocument 2024-2026 inkoopjaar 2026 Wlz V&V van CZ zorgkantoor

Dit document is het regionale inkoopkader waarnaar verwezen wordt in de landelijke ZN Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg (hierna ook te noemen de ZN Visie). Het beschrijft op welke wijze CZ zorgkantoor in de periode 2024 tot en met 2026 concreet invulling geeft aan de landelijke ZN Visie bij de inkoop van Wlz-zorg in de regio's Haaglanden, Zuid-Hollandse eilanden, Zeeland, West-Brabant, Zuidoost-Brabant en Zuid-Limburg.

Het Zorginkoopdocument van CZ zorgkantoor heeft een looptijd van 3 jaar met een mogelijke optie tot verlenging van twee keer 1 jaar tot en met 2028. Dit document wordt in de lopende periode jaarlijks geüpdate voor noodzakelijke wijzigingen als gevolg van veranderingen in wet- en regelgeving, voor het tijdpad van het zorginkoopproces

Wlz-uitvoerders hebben CZ zorgkantoor gemandateerd om Wlz-zorg in te kopen in deze zorgkantorregio's. Dit zorginkoopdocument is van toepassing op bestaande zorgaanbieders in de sector Verpleging en Verzorging (V&V) en op nieuwe zorgaanbieders die willen inschrijven om V&V zorg in natura te leveren in het kader van de Wlz.

Positie van de ZN Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg

CZ zorgkantoor heeft de uniforme uitgangspunten die zijn geformuleerd voor de zorginkoop 2024 - 2026 binnen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) overgenomen. De ZN Visie op de langdurige zorg en de bijlagen daarbij zijn te raadplegen via [Downloads zorginkoop 2026 - CZ zorgkantoor \(cz-zorgkantoor.nl\)](#).

Mocht er een tegenstrijdigheid zijn tussen het CZ Zorginkoopdocument 2024 - 2026 inkoopjaar 2026 en één of meer ZN-documenten, dan prevaleert het CZ Zorginkoopdocument 2024 – 2026 inkoopjaar 2026.

Documenten maken integraal deel uit van de overeenkomst

De ZN Visie Wlz, het CZ Zorginkoopdocument 2024 - 2026 inkoopjaar 2026 inclusief bijlagen en de nog te publiceren documenten in het kader van de zorginkoop, zoals de Nota('s) van Inlichtingen, maken integraal onderdeel uit van de overeenkomst die de zorgaanbieder en CZ zorgkantoor naar aanleiding van deze inkoopprocedure aangaan.

Treden er in de aanloop naar of in de loop van 2024 - 2026 op landelijk niveau wetswijzigingen, kabinetsbesluiten, protocollen of richtlijnen in werking die (mede) betrekking hebben op de zorg waarover CZ zorgkantoor een overeenkomst heeft gesloten met zorgaanbieders, dan maakt de wetswijziging, dat protocol of die richtlijn deel uit van de (meerjarige) overeenkomst met ingang van de dag van inwerkingtreding.

Bezwaren

Mocht u tegenstrijdigheden en/of onvolkomenheden tegenkomen, dan wel anderszins bezwaar hebben tegen de inhoud van dit document, dan verwijzen wij u voor de procedure die u kunt volgen naar de paragraaf "Bezwaren" in hoofdstuk 7.4 van dit inkoopdocument.

3 Doelen en bewegingen zorginkoop 2024–2026

3.1 Hoofddoel zorginkoopbeleid CZ zorgkantoor 2024-2026

Het hoofddoel van het Inkoopbeleid 2024 - 2026 van CZ zorgkantoor is het realiseren van passende, duurzaam toegankelijke langdurige zorg voor al onze cliënten in al onze regio's waarmee uitdagingen van een grote groei van cliënten en een afnemende arbeidsmarkt het hoofd kan worden geboden.

Toegankelijkheid: meer mensen helpen en vaker thuis

Zorg die aansluit bij de wens van de cliënt; Zorg die zoveel mogelijk een beroep doet op de mogelijkheden van de cliënt en zijn netwerk/ omgeving; Zorg die voorziet in de zorgbehoefte van de cliënt als het niet anders kan. Het uiteindelijke doel is het ombuigen van zorg naar leefkracht/het leven te versterken. Niet meer zorgen 'voor', maar juist zorgen 'dat' en zorgen 'met'.

Betaalbaarheid: gemiddelde kosten omlaag

Door meer klanten te helpen en dit vaker thuis te doen, zullen de kosten per cliënt structureel lager worden. De dalende kosten per cliënt zijn noodzakelijk om de langdurige zorg betaalbaar te houden en bieden tegelijkertijd ook ruimte om in te spelen op demografische ontwikkelingen. De effecten voor de betaalbaarheidsdoelstelling kunnen zowel op organisatieniveau als op regioniveau zitten. De beweging in betaalbaarheid zit in de gezamenlijkheid, waarbij het zorgkantoor meedenkt, meeluistert, meebeweegt, goede voorbeelden laat zien en waar nodig faciliteert zodat er concrete resultaten behaald worden. In **hoofdstuk 5** kunt u de prestatie indicatoren die hiervoor zijn ontwikkeld, vinden bij de uitwerking van de opslag voor Bewegingen en doelen.

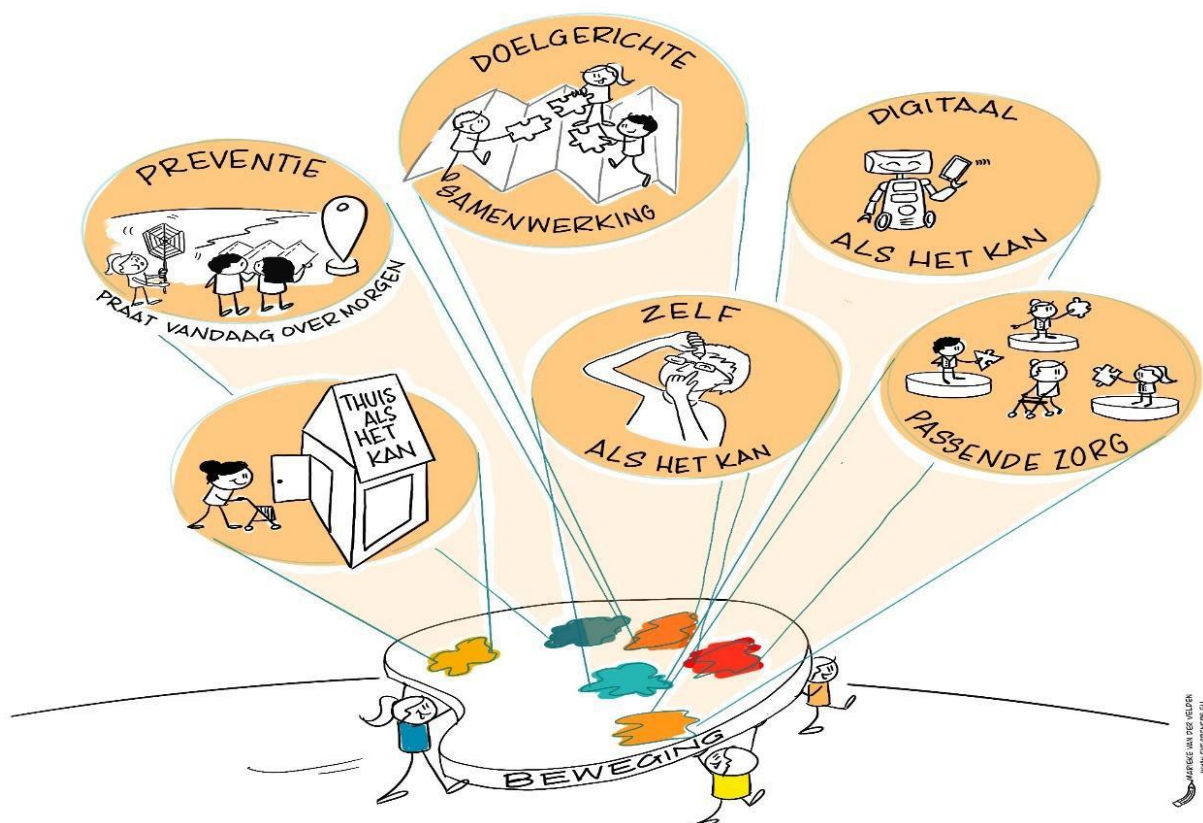
Kwaliteit: complexe zorg regelen we goed en kwaliteit van leven wordt belangrijker

Komende jaren continueren we de kwaliteitsdialogen en locatiebezoeken op basis van de uitgangspunten van het kwaliteitskompas. Met een krimpende arbeidsmarkt, een toename van ouderen met een zorgvraag en een toename van complexiteit kan de kwaliteit van zorg onder druk komen staan. Deze druk vormt een risico voor de balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg voor huidige én toekomstige Wlz cliënten. Het is noodzakelijk om anders te gaan werken en anders invulling te geven aan de kwaliteit van zorg. We staan voor het behouden van het huidige kwaliteitsniveau. Het gaat er steeds meer om wat de cliënt ervaart als kwaliteit van bestaan, waarbij er een betere balans ontstaat tussen reablement, welzijn en zorg gezien vanuit een medisch model. De samenwerking tussen cliënt, mantelzorgers en zorgverleners is van groot belang. Het leren en verbeteren blijft actueel, zodat de zorg en ondersteuning aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënten en van goede kwaliteit is.

Daarnaast zien we een noodzaak aandacht te hebben voor goed werkgeverschap waarin het binden en boeien van medewerkers van groot belang is omdat zij stabiliteit en mede kwaliteit van zorg/leven leveren. Om de kwaliteit te kunnen borgen voor de toekomst stimuleren wij het inzetten van (in de praktijk) bewezen arbeidsbesparende sociale en technologische innovaties. Kwaliteit van leven en aandacht voor welbevinden voor de cliënten wordt belangrijker, waarbij zingeving kan bijdragen aan kwaliteit van bestaan. Een goede samenwerking binnen een regio tussen de verschillende zorgorganisaties draagt bij aan de noodzakelijke beweging op dit vlak die nodig is om de kwaliteit te behouden.

3.2 Bewegingen die nodig zijn om de zorg anders te organiseren

Om aan de toenemende zorgvraag in de toekomst te kunnen voldoen zowel in omvang als in complexiteit, zijn nieuwe bewegingen nodig om op een andere manier te gaan werken. De cliënt en de professional beslissen samen wat passend is voor de cliënt: *zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan*.



Figuur 2: De bewegingen die er nodig zijn om de vastgestelde doelen te behalen.

Beweging *Tijdig praten over later (Preventie)*: Deze beweging is tweeledig; enerzijds de zorgverzekering binnen de Wlz te beperken/uit te stellen, of om erger te voorkomen. Het is belangrijk dat cliënten beseffen dat ze 'vandaag moeten praten over later'. Preventie maakt nu al onderdeel uit van de reguliere zorg. Anderzijds kan preventie een bijdrage leveren aan de bewegingen '*Thuis als het kan*' en '*Zelf als het kan*' zodat (kwetsbare) ouderen zo lang mogelijk veilig zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij bestaande preventieve werkwijzen, zoals valpreventie en leefstijlmonitoring, al hebben geïmplementeerd. Wij stimuleren zorgaanbieders op cliëntniveau, groepsniveau en domein overstijgend met andere partijen, innovatieve preventieve activiteiten te ontwikkelen, implementeren en delen. Op landelijk niveau worden c.q. zijn hiervoor regelingen ontwikkeld zoals GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord), IZA (Integraal Zorg Akkoord), de SPUK regeling (Specifieke uitkering) en de DOS regeling (Domein Overstijgende Samenwerking).

Beweging *Thuis als het kan*: Mensen met een Wlz indicatie blijven, zolang dat nog kan en verantwoord is, zoveel mogelijk thuis wonen, ongeacht de portemonnee van de cliënt. Dit vraagt van mensen dat ze zich voorbereiden op het ouder worden en dat zij waar mogelijk de woonvorm en woonomgeving aanpassen.

Onder *Thuis* verstaat CZ zorgkantoor:

1. In de eigen woonomgeving: zoals het eigen huis, corporatiewoning of levensloopbestendige woning.
2. In een nieuwe woonomgeving: bijvoorbeeld een seniorenwoning of mantelzorgwoning.
3. In een nieuwe, geclusterde woonomgeving: bijvoorbeeld een kleinschalig wooninitiatief, modern hofje, wooncomplex of serviceflat met gemeenschappelijke voorzieningen.
4. In een verpleeghuis waar een beschermde woonomgeving beschikbaar is.
5. In een expertisecentrum waar de meest complexe zorg beschikbaar is voor een kleine groep mensen met een specifieke zorgvraag.

(Voor meer informatie zie link: Toekomstbestendige verpleegzorg volgens CZ zorgkantoor - CZ zorgkantoor ([cz-zorgkantoor.nl](https://www.cz-zorgkantoor.nl)))

De zorgverlening aan alle nieuwe cliënten met een indicatie Zorgprofiel VV4 vindt, in principe en voor zover verantwoord is, in de thuissituatie plaats. Slechts in incidentele gevallen waarbij zorgverlening in de thuissituatie niet (meer) verantwoord is, kan de zorg intramuraal worden geboden.

Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij hun zorgaanbod aanpassen aan deze beweging door onder andere een breder pallet aan zorg en diensten aan te bieden, meer expertise naar de thuissituatie te brengen en mogelijkheden voor tijdelijke opname te borgen. Wat betreft de capaciteit verpleegzorg volgen we het VWS beleid. Hierbij zal de (intramurale) capaciteit van zorgaanbieders onderwerp van gesprek blijven. Aanpassingen in de (intramurale) capaciteit dienen dan ook in overleg met het zorgkantoor te gebeuren.

Om de kwaliteit van de beweging *Thuis als het kan* te borgen, verwachten we dat iedere aanbieder van Wlz zorg er in samenwerking met huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde voor zorg draagt dat de medisch generalistische zorg en aanvullende behandelexpertise voor zijn klanten op een adequate wijze is georganiseerd en ingevuld. Je kunt hierbij denken aan een PA, psycholoog of een expertiseteam onbegrepen gedrag. Daarnaast verwachten we ook van aanbieders van zorg thuis dat zij professioneel invulling geven aan de WZD. Deze wet heeft namelijk niet enkel betrekking op zorg in een instelling.

Beweging *Zelf als het kan*: Mensen doen zoveel mogelijk zelf of samen met hun naasten. Burgers nemen verantwoordelijkheid voor de wijze waarop zij wonen en het onderhouden van hun sociale contacten, welzijn en gezondheid. Hun fysieke woon- en leefomgeving bevordert en faciliteert de zelf- en samenredzaamheid. Met aandacht voor wat iemand nog wel kan en ondersteuning van de cliënt als hij/zij het niet kan. Enkel wanneer cliënten zelf iets niet kunnen ook niet met behulp van ondersteuning door hulpmiddelen of technologie, naasten of informele zorg, wordt een beroep op professionals gedaan. Wij gaan er vanuit dat de zorgaanbieders al een visie en beleid hebben op informele zorg. Hierdoor zullen wij initiatieven stimuleren die een bijdrage leveren aan het langer zelfstandig thuis wonen, zoals reablement, community care en de inzet van informele zorg.

Beweging *Digitaal als het kan*: Technologie wordt ingezet rekening houdend met de mogelijkheden van de cliënt. Digitale zorg moet niet gezien worden als 'second best' of overbruggingszorg, maar als een volwaardig zorgaanbod. Het is van belang dat cliënten en zorgprofessionals ondersteund worden bij de inzet van technologie en hiermee vertrouwd raken/zijn. Ten eerste omdat de inzet van technologie arbeidsbesparend is voor zorgaanbieders en daarmee helpt de beschikbare mensen en middelen in te zetten waar ze het hardst nodig zijn. Ten tweede omdat het bijdraagt aan meer welzijn en zelfredzaamheid van cliënten en naasten. Ten derde met het oog op de toekomst met een groeiend aantal mensen die zorg behoeven. Digitale technologie vormt dus een belangrijke pijler onder het borgen van de toegankelijkheid van de V&V.

In paragraaf 3.3. gaan we nader in op de implementatie van bewezen arbeidsbesparende technologieën.

Op het gebied van Digitaal als het kan verwachten wij nu al van zorgaanbieders dat zij een visie hebben op technologie en de implementatie daarvan, inclusief het verbeteren van de digivaardigheid van medewerker en cliënt.

Beweging *Doelgerichte samenwerking*: Zorglevering vanuit brede regionale zorgketens verhoogt de kwaliteit en draagt bij aan de toegankelijkheid van zorg. Vanuit de cliënten bezien, is het gewenst dat aanbieders van zorg of diensten in de Wlz, de Wmo en de Zvw brede regionale ketens voor (ouderen)zorg vormen. Een brede regionale keten met onder andere wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg, het ziekenhuis, de huisarts, voorzieningen in de Wmo en vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties. Wij zien voor ons dat die ketens goed georganiseerd en resultaatgericht zijn..

Beweging *Passend aanbod voor kwetsbare doelgroepen*: We zetten in op passend aanbod voor kwetsbare doelgroepen waarbij de verschillende domeinen elkaar beter kunnen vinden. Voor alle doelgroepen moet de ondersteuning, zorg en behandeling toegankelijk blijven, ook voor de meest kwetsbare cliënten en cliënten met complexe zorgvraag. Dichtbij de klant als het kan en gecentraliseerd als het moet. Hierbij is het ook belangrijk dat regionale samenwerkingen tussen en over sectoren heen tot stand komen om te voldoen aan de complexe zorgvraag. Zorgorganisaties werken in de regio nauw samen met andere maatschappelijke partijen en de informele zorg, zodat voorzieningen zoveel mogelijk aansluiten bij de behoefte van de cliënt. We zullen hier niet alleen regionaal, maar ook sector- en domeinoverstijgend aan moeten werken. De zorgvraag van cliënten in de intramurale zorg wordt daardoor gemiddeld steeds zwaarder en complexer. Om de levering van (hoog)complexe zorg ook in de toekomst te kunnen blijven borgen is het belangrijk dat zorgaanbieders in de regio's gezamenlijk oplossingen creëren voor deze zorg en onderling expertise delen. Voor een aantal Laag Volume Hoog Complexe Zorg (LVHC) doelgroepen is specifieke kennis en kunde nodig om de kwaliteit van zorg te borgen. Hierbij past de ontwikkeling van regionale expertisecentra REC/DEC's.

Indien wij met een zorgaanbieder een afspraak maken voor de levering van een bepaalde prestatie, wordt van de zorgaanbieder verwacht op deze prestatie geen exclusie criteria toe te passen. Dat wil zeggen dat de zorgaanbieder de hele range aan cliënten bedient. Bij de bepaling van het af te spreken tariefpercentage wordt dit aspect meegenomen, zie hoofdstuk 5.

Bewegingen naar passend aanbod voor kwetsbare doelgroepen zijn bijvoorbeeld dat de zorgaanbieder specialistische zorg biedt aan specifieke doelgroepen (niet LVHC), beperking realiseert op de instroom verblijf en dat de zorgaanbieder met eigen behandeldienst, deze ook beschikbaar stelt in de regio, inclusief ANW.

Randvoorwaarden:

In de langdurige zorg zijn er randvoorwaarden die van belang zijn voor de uitvoering van alle hiervoor genoemde thema's. Het betreft Verduurzaming, Goede bedrijfsvoering en Goed werkgeverschap, informatie over het zorgaanbod en digitale gegevensuitwisseling.

Verduurzaming

Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben een tekst over verduurzaming gezamenlijk in ZN verband opgesteld. Een actuele tekst over verduurzaming vindt u op onze website.

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 ZN-website, dossier Duurzaamheid, onderwerp CSRD.

Goede bedrijfsvoering en goed werkgeverschap

Goede bedrijfsvoering en goed werkgeverschap dragen bij aan de bewegingen die gemaakt moeten worden om duurzaam aan de zorgvraag te blijven voldoen. Sociale- en organisatorische innovatie, behoud van medewerkers, leren en ontwikkelen ondersteunen deze bewegingen.

De langdurige V&V kent een breed scala aan cliënten en zorgaanbieders. We zien dat de verschillen in bedrijfsvoering tussen aanbieders groot zijn. De komende periode willen we gebruiken om beter in beeld te krijgen welke factoren deze verschillen veroorzaken en hoe we gezamenlijk kunnen sturen op deze factoren met als doel om de zorg doelmatiger te kunnen inkopen en meer cliënten van zorg te kunnen voorzien. We zien bij een aantal zorgaanbieders structureel lagere kosten dan gemiddeld welke mogelijk bijdraagt aan de doelmatigheid. Graag krijgen wij inzicht in hoe de bedrijfsvoering is opgebouwd. Mogelijk fungeert uw bedrijfsvoering als goed voorbeeld en kunnen zorgaanbieders die de zorg op minder doelmatige wijze georganiseerd hebben en waar een besparing of verbetering mogelijk is hiervan leren.

Wachtlijsten, zorgbemiddeling en dossierhouderschap

Tot efficiënte bedrijfsvoering behoort ook het effectief beheren van wachtlijsten en het effectief uitvoeren van het zorgbemiddelingsproces, inclusief de rol van dossierhouder en/of coördinator zorg thuis. Om de bedrijfsvoering hierin te verbeteren, is het essentieel om onderliggende uitvoeringsprocessen te optimaliseren zodat een cliënt sneller en efficiënter naar de juiste zorg en ondersteuning wordt begeleid. We hebben hierover in het voorjaar van 2023 (regionale) bijeenkomsten georganiseerd met zorgbemiddelaars/zorgadviseurs en onafhankelijke cliëntondersteuners. Uit deze bijeenkomsten hebben we de volgende input opgehaald:

- Terugdringen van de problematiek van schaduwwachtlijsten en beter bijhouden van de wachtlijstregistratie.
- Vergroten van de kennis van de regionale sociale kaart bij zorgbemiddelaars/zorgadviseurs en onafhankelijke cliëntondersteuners, zodat zij beter weten welk zorgaanbod er beschikbaar is bij welke zorgaanbieder(s) in de regio.

- Maken van regionale afspraken met zorgbemiddelaars/zorgadviseurs over het 1e aanspreekpunt voor een cliënt: wie onderhoudt het contact met een cliënt op de wachtlijst als blijkt dat die bij meerdere aanbieders op de (schaduw)wachtlijst staat. Door samen met de cliënt één centraal aanspreekpunt vast te leggen, kan de administratieve last voor zorgaanbieders omlaag omdat slechts één zorgaanbieder de cliënt over de wachtlijststatus informeert (conform Voorschrift Zorgtoewijzing) en de clientsituatie in de thuissituatie monitort. Bovendien weet de cliënt beter bij welke partij een vraag neergelegd kan worden.
- Opzetten van een periodieke regionale overlegstructuur van zorgbemiddelaars/zorgadviseurs om elkaar sneller/beter te vinden (rondom wachtlijstproblematiek), onderling af te stemmen en van elkaar te leren. Onafhankelijk clientondersteuners worden hier ook voor uitgenodigd.

We gaan samen aan de slag om dit proces verder te optimaliseren.

Goed werkgeverschap

We zien een noodzaak voor goed werkgeverschap waarin het binden en boeien van medewerkers van groot belang is. Er is een beweging nodig bij de zorgaanbieder in het doelmatig inzetten van zorgmedewerkers en behandeldiensten. Dit kan onder andere door anders te werken, anders op te leiden en andere betere contracten om mensen te behouden. Uitgaande van de landelijke ZN visie verwachten wij dat de gecontracteerde Wlz zorgaanbieder werkt volgens de uitgangspunten van positieve gezondheid en goed werkgeverschap. We verwachten ook dat de zorgaanbieder domein overstijgend werkt voor zover wet- en regelgeving dat toestaat. De zorgaanbieder neemt de positie van de klant en medewerkers mee in de planvorming met aandacht voor het welbevinden, cultuursensitieve- en cultuurspecifieke aspecten in de zorg.

Door personeelstekorten is er een flinke toename van personeel niet in loondienst (PNIL) in de zorg. Zij hebben vaak minder specifieke cliëntkennis en organisatie specifieke kennis waardoor zij minder goed kunnen handelen naar de visie en begeleidingsmethode van de zorgorganisatie. Tevens krijgen cliënten hierdoor vaak te maken met veel wisselende gezichten. Wij vragen zorgaanbieders om hiervoor aandacht te hebben in de regio en tot creatieve oplossingen te komen.

Informatie over het zorgaanbod

We zijn, net zoals alle andere zorgkantoren, verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van keuze-informatie over het gecontracteerde Wlz-zorgaanbod in onze zorgkantoorregio's en gebruiken hiervoor de online *Zorgatlas*.

Dit is een landelijke keuzetool van alle zorgkantoren. Zodra we met u overeenstemming hebben bereikt over de productieafspraken, toetst u 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 u de informatie in de omgeving hierop aan. Nieuw gecontracteerde zorgaanbieders zorgen er ook voor dat actuele informatie over het Wlz-zorgaanbod beschikbaar is in de Zorgatlas. Voor het gebruik van de beheeromgeving is een handleiding beschikbaar. Iedere zorgaanbieder die voor 2026 wordt gecontracteerd, heeft uiterlijk 1 december 2025 zijn gegevens gevuld, gecontroleerd en/of geactualiseerd.

Digitale gegevensuitwisseling

Zowel bij de uitwerking van de beweging 'Digitaal als het kan' als bij de implementatie van bewezen effectieve arbeidsbesparende technologieën is het van belang dat de te gebruiken technieken en infrastructuur voor elektronische gegevensuitwisseling voor de lange termijn goed geborgd is. Onze ambitie is dat elektronische gegevensuitwisseling de standaard is in de zorg ten behoeve van goede en veilige zorg. Wij zullen dan ook de ontwikkeling en realisatie de komende jaren stimuleren. Elektronische gegevensuitwisseling draagt bij aan goede en veilige zorg voor de cliënt, verlicht de werkdruk van zorgverleners en is een essentiële randvoorwaarde om de transformatie naar passende (hybride) zorg te maken. Om optimaal gebruik te maken van cliëntgegevens moeten deze goed beschikbaar, bereikbaar en voor primair en secundair gebruik herbruikbaar zijn voor andere zorgverleners in het netwerk van de cliënt en de cliënt zelf via een Persoonlijke Gezondheidsomgeving.

Voor zorgaanbieders uit de langdurige zorg zijn de volgende landelijke programma's van belang:

- Binnen het Informatieberaad Zorg is eOverdracht: digitale uitwisseling van de verpleegkundige overdracht tussen verpleegkundigen en verzorgenden in verschillende sectoren;
- Medicatieoverdracht: uitwisseling van medicatiegegevens volgens de MP9-standaard, zodat voor iedere cliënt een actueel medicatieoverzicht beschikbaar komt;

- MedMij: beschikbaar stellen van gegevens voor de cliënt, via een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO);
- De basisgegevensset langdurige zorg (BgLZ) vormt een samenvatting van de belangrijkste gegevens over een cliënt en wordt ook beschikbaar gesteld aan en gedeeld met andere zorgaanbieders en de cliënt zelf;
- Mitz: om toestemmingen van de client voor uitwisseling van gegevens te registreren, wordt aangesloten op de online toestemmingsvoorziening Mitz.
- Ketenpartijen in de verpleeghuiszorg werken samen in het programma KIK-V: Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg. Doel is het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteitsinformatie, het beter afstemmen van nieuwe uitvragen en het meer hergebruiken van informatie.
- Actieprogramma iWLz: via het Actieprogramma iWLz wordt het huidige estafettemodel vervangen door een netwerkmodel. In het netwerkmodel wordt gewerkt met bronregisters. De komende jaren worden meerdere registers ontwikkeld en in gebruik genomen door de ketenpartijen zoals het indicatieregister voor het CIZ, het bemiddelingsregister voor de zorgkantoren en het zorgleveringsregister voor de zorgaanbieders. Dit gebeurt gefaseerd.

Op de [website van ZN](#) leest u meer over de ambities zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling.

3.3 Stimuleren van innovatie en de implementatie van bewezen arbeidsbesparende technologieën

In aansluiting op de beweging *Digitaal als het kan*, gaan wij in deze paragraaf in het bijzonder in op het stimuleren van implementatie en opschalen van bewezen arbeidsbesparende technologieën en innovatie.

Wat verstaan we onder bewezen arbeidsbesparende technologieën:

Het gaat hierbij om in de praktijk bewezen technologieën, die relatief vaak en met succes worden ingezet. Die succesvolle inzet is gemeten aan de hand van de vraag of ze arbeidsbesparend werken ten opzichte van de eerdere manier van werken, de kwaliteit van leven van de ouderen kunnen bevorderen en zo mogelijk ook bijdragen aan het vergemakkelijken van de zorgverlening. In de praktijk blijkt dat de implementatie van bewezen technologieën een impuls krijgt door het samenwerken met andere organisaties die daar ook mee bezig zijn. Met ingang van februari 2023 heeft de Stichting Anders werken in de zorg de activiteiten landelijk uitgerold. Deze organisatie bevordert regionale samenwerking van de aangesloten zorgorganisaties. Dat gebeurt onder meer door ze te ondersteunen op het terrein van kennisdeling en onderzoek, maar ook door ze te helpen bij het versnellen van het opschalen van zorginnovaties. Stichting Anders werken in de zorg hanteert voor de implementatie van bewezen effectieve arbeidsbesparende technieken het Honingraatmodel van Vilans. Voor succesvolle implementatie van bewezen arbeidsbesparende technieken vinden wij het noodzakelijk dat zorgaanbieders de stappen van het Honingraatmodel hanteren, zie daarvoor hoofdstuk 5.5.

Wat verwachten wij van de zorgaanbieder:

Van alle gecontracteerde zorgaanbieders verwachten wij dat zij gedurende de looptijd van de contracteringsperiode 2024-2026 actief en voortvarend (gaan) werken met bewezen effectieve technologieën voor de WLz (voor zover passend voor de cliënten) zoals bijvoorbeeld beschreven in de Kennisbank Digitale Zorg Vilans.

Onder actief werken wordt verstaan dat de zorgaanbieder voor al haar cliënten in beeld heeft of de betreffende bewezen technologieën voor de WLz passend ingezet kunnen worden of niet en bij cliënten waar het passend is ook concreet worden ingezet. Het uitgangspunt is dat de inzet van zorgtechnologie moet helpen om anders naar de cliënt te gaan kijken. De inzet moet een direct positief effect hebben op zowel cliënten als medewerkers. Uitgaande van dit principe willen wij stimuleren dat zorgaanbieders de reeds bewezen technologieën zoveel mogelijk en bij voorkeur in samenwerking met andere zorgaanbieders implementeren.

Wat gaan wij doen:

Het implementeren en opschalen van bewezen effectieve arbeidsbesparende technologie willen wij stimuleren.

Zorgaanbieders die gezamenlijk werken aan vernieuwende innovaties willen we faciliteren, bijvoorbeeld door kennis te delen of door gezamenlijk te zoeken naar financieringsmogelijkheden. Wij gaan komende jaren graag verder het gesprek aan met V&V-aanbieders om te verkennen waar de noodzaak ligt op het gebied van innovatie en wat de mogelijkheden zijn. Voorbeelden van thema's die hieronder kunnen vallen zijn vermindering van werkdruk, verhoging van veiligheid cliënt en personeel, verbetering van zelfredzaamheid en eigen regie, verbetering van communicatie met de cliënt, of technologie die in het teken staat van leren en ontwikkelen. Ook is er een landelijke databank om geschikte interventies met beproefde en onderbouwde aanpakken in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg te raadplegen (www.databankinterventies.nl) zodat organisaties niet het wiel opnieuw hoeven uit te vinden.

Daarnaast brengen we bestaande innovaties die bij vooroplopende zorgaanbieders reeds geïmplementeerd zijn, bij andere zorgaanbieders onder de aandacht. Dit kan op regionaal niveau, maar ook bovenregionaal indien er sprake is van eenzelfde thema of overlap in doelgroep. Digizo.nu bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden.

Het streven van de zorgkantoren is om een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector.

Jaarlijkse toepassing van minimaal één nieuwe arbeidsbesparende technologie extra ten opzichte van het voorgaande jaar is de basis. Van iedere gecontracteerde zorgaanbieder V&V verwachten wij dat deze in ieder geval in de jaren 2024, 2025 en 2026 jaarlijks minimaal één voor de instelling nieuwe bewezen arbeidsbesparende digitale technologie extra implementeert (volgens het honingraatmodel) ten opzichte van het jaar daarvoor.

In de V&V is de uitdaging dusdanig groot dat we transitiemiddelen beschikbaar stellen voor de implementatie (scholing zorgverleners & projectleiderskosten). Hierbij zal afzonderlijk naar de intramurale- c.q. de extramurale zorg worden gekeken.

In hoofdstuk 5.5 is verder uitgewerkt op welke wijze dit wordt toegepast bij de zorginkoop 2024 – 2026

4 Het Integraal strategisch (verander)plan

4.1 Iedere zorgaanbieder werkt op basis van een Integraal strategisch (verander)plan

Elke zorgorganisatie kent een vorm van strategische positionering met jaarplannen en projecten of programma's. Daar willen we graag op aansluiten, omdat het halen van de doelen middels de eerder beschreven bewegingen leidend moeten zijn. We verwachten daarbij ook dat elke organisatie samenwerkt met andere organisaties.

CZ zorgkantoor gaat er vanuit dat iedere zorgaanbieder in 2024 – 2026 werkt op basis van een reeds uitgewerkt integraal, strategisch (verander)plan, met daarin een **regionaal deel** (transitiemiddelen: stimuleringsbudget en scheiden wonen en zorg) en een **individueel deel** op basis van realisering bewegingen en doelen en eventueel het Free proposal (zie hoofdstuk 5). De inzet transitiemiddelen is hierbij voorliggend aan de inzet van de maatwerkopslag Bewegingen en doelen. In de situatie dat een beweging zowel ingezet kan worden vanuit de Transitiemiddelen als de middelen voor bewegingen en doelen moeten eerst de transitiemiddelen aangesproken worden en dan pas de middelen uit de contracteerruimte.

Ter voorkoming van extra administratieve lasten voor de zorgaanbieders willen wij graag uitgaan van deze reeds opgestelde strategische verander- of meerjarenplannen voor het verder stimuleren van de bewegingen en doelen. Maar om de plannen goed te kunnen beoordelen vinden wij wel dat bepaalde basisinformatie aanwezig moet zijn in het plan (vormvrij).

Voor zover het reeds bestaande uitgewerkte (verander)plan van de zorgaanbieder nog niet alle gevraagde informatie omvat, vragen wij u om bij inschrijving aanvullende informatie op maximaal twee of drie A4'tjes mee te sturen.

In het Integraal Strategisch (verander)plan (waar nodig inclusief aanvulling) beschrijft de zorgaanbieder hoe de komende jaren gewerkt gaat worden aan duurzaam toegankelijke, kwalitatief goede, doelmatige, passende langdurige zorg (Figuur 3) en de te behalen resultaten op basis van prestatie-indicatoren (zie hoofdstuk 5). Zo dicht mogelijk bij huis georganiseerd en bij voorkeur versterkt door regionale aanpak en samenwerking.

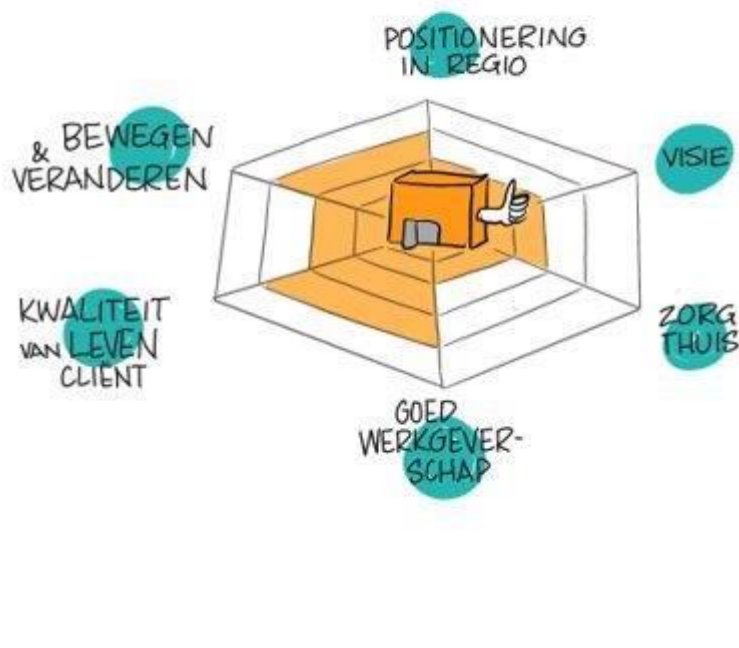
Uit het Integraal strategisch (verander)plan moet duidelijk blijken hoe de diverse onderdelen van dat plan (het regionale deel en het individuele deel) zich inhoudelijk tot elkaar verhouden. Op basis van het ingediende plan zal door de zorginkoper op basis van een beoordelingskader (zie hoofdstuk 5) getoetst worden in hoeverre de zorgaanbieder in aanmerking komt voor de opslag Bewegingen en doelen.

De bedoeling is om te zien welke stappen worden gemaakt om verandering te bereiken zodat we concrete afspraken kunnen maken om de bewegingen te concretiseren. Wij hebben het integraal strategisch (verander)plan nodig voor de beoordeling of uw organisatie in aanmerking komt voor een tariefsopslag. De administratieve last willen voor u echter niet onnodig hoog maken. In uitzonderlijke situaties is het daarom mogelijk om het oude integraal strategisch (verander)plan toe te sturen en daarbij aan te geven óf en op welke punten verwacht wordt dat dit plan fors zal wijzigen. Dit gaat altijd in overleg met uw zorginkoper. Tevens wordt dan afgesproken wanneer het aangepaste integraal strategisch (verander)plan wel aangeleverd kan worden. Voor zover het reeds bestaande uitgewerkte (verander)plan nog niet alle gevraagde informatie omvat, vragen wij u om bij inschrijving aanvullende informatie op maximaal twee of drie A4'tjes mee te sturen. Doordat u geen nieuw plan hoeft op te stellen speciaal voor CZ zorgkantoor, gaan wij ervan uit dat we hiermee de administratieve last voor u beperken.

Het integraal strategisch (verander)plan van de zorgaanbieder omvat in ieder geval:

- Waar staat je organisatie?
- Op welke manier past dat in de regio, regionale aanpak en samenwerking?
- Welke beweging(en) worden gemaakt?
- Welke doelen en resultaten (prestatie-indicatoren) worden gehaald?
- En wat is daarvoor nodig?

INTEGRAAL STRATEGISCH PLAN



Figuur: 3: onderdelen van het integraal strategisch (verander)plan

4.2 Meer over het integraal strategisch (verander)plan

Voor de indiening van plannen voor bewegingen en doelen (zie hoofdstuk 5) vragen wij om creativiteit van de zorgaanbieders om oplossingen te vinden en goede praktijkvoorbeelden over te nemen van andere zorgaanbieders. Bewegingen kunnen elkaar vanzelfsprekend overlappen en versterken.

In de verdere ontwikkeling en uitvoering van de bewegingen en doelen is de zorgaanbieder vrij hier verder een eigen invulling aan te geven. Het Integraal strategisch (verander)plan geeft antwoorden op de vijf vragen die beschreven staan in paragraaf 4.1. Om voor de opslag voor bewegingen en doelen in aanmerking te komen verwachten we dat het in te dienen Integraal strategisch (verander)plan in ieder geval de volgende basisinformatie bevat:

- **Inhoud:** De zorgaanbieder geeft in het integraal strategisch (verander)plan vooraf aan wat het doel is van de in te zetten beweging(en), welk knelpunt hiermee wordt opgelost en een inschatting van het aantal cliënten dat met het plan in het komende jaar wordt bereikt gerelateerd aan de onderstaande prestatie-indicatoren.
- **Impact:** Het integraal strategisch (verander)plan moet SMART-geformuleerde voorstellen bevatten (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden) die bijdragen aan het bereiken van de doelstellingen voor passende zorg, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Het plan dient substantieel te zijn voor de te verkrijgen opslag (zie hoofdstuk 5: prestatie indicatoren).

4.3 Regiobeelden en speerpunt als input voor het integraal strategisch (verander)plan

CZ zorgkantoor heeft voor haar 6 zorgkantoorregio's Regiomonitors opgesteld. Deze kunt u vinden op de website van CZ zorgkantoor: [Downloads zorginkoop 2024 - Zorgkantoor \(cz-zorgkantoor.nl\)](#). Tevens hebben in de regio's overleggen plaatsgevonden met onder andere zorgaanbieders, vertegenwoordigers van cliënten en hun naasten, afgevaardigden van Cliëntenvertrouwenspersonen in de Wet Zorg en Dwang, gemeenten, woningbouwcorporaties en Zorgadvies van CZ zorgkantoor op basis waarvan vervolgens regionale knelpunten (fricties) zijn vastgesteld. Het integraal strategisch (verander)plan moet passen in de regionale visie waarbij er ten minste aandacht wordt besteed aan de regionale knelpunten. Het inkoopbeleid is erop gericht om deze knelpunten zo veel mogelijk op te lossen door middel van regionale visies.

Regiobeelden en Regiomonitors

Samen met de zorgaanbieders blijven we werken aan het regiobeeld waarin we gezamenlijk de prioriteiten voor de regio vaststellen. Deze prioriteiten kunnen gebaseerd zijn op de verbetering van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg door passende zorg en/of innovatie. Op basis van regionale analyses, spiegelinformatie, cliëntsignalen en dialoog met de zorgaanbieders en cliëntvertegenwoordigers stellen wij per regio in overleg met de aanbieders vast welke behoefte er is aan passende zorg. Daarbij maken we binnen wettelijke mogelijkheden keuzes hoe de doelstellingen te realiseren en zo oplossingen te kunnen bieden voor dit regionale speerpunt. Daarbij kijken we ook naar wat er onder andere financieel nodig is om dit te kunnen realiseren.

Op basis van de Regiemonitor is in beeld welke regionale uitbreidingsopgave er is om de groei van het aantal ouderen in de langdurige zorg op te kunnen vangen. Niet alle zorgaanbieders staan hierbij op hetzelfde vertrekpunt. De totale regionale uitbreidingsopgave minus het aantal onomkeerbare nog te bouwen intramurale plaatsen, is de regionale uitbreidingsopgave die overblijft en die extramuraal wordt ingevuld.

Speerpunt: Coördinatie van Crisiszorg in de regio

CZ zorgkantoor maakt in elke regio afspraken over het aantal vrij te houden bedden voor ouderen die aangewezen zijn op crisiszorg. Crisiszorg is zorg voor cliënten waarbij onaanvaardbare gezondheidsrisico's, medische complicaties en/of ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn gezin en/of woonomgeving voorkomen kunnen worden door binnen 24 uur een opname in te zetten.

De verantwoordelijkheid van een goed werkende regionale crisisregeling ligt niet enkel bij de zorgaanbieders die crisisbedden vrijhouden, maar bij de hele ouderenzorgketen.

In elke zorgkantoorregio zal CZ zorgkantoor de huidige afspraken evalueren en indien blijkt dat de (regionale) crisiszorg nog niet op het gewenste niveau is, zullen we afspraken maken met de regio om te zorgen dat hier op korte termijn aan voldaan wordt, teneinde:

- De coördinatie van crisiszorg (sub-)regionaal te beleggen bij één centraal punt, dat voor verwijzers 24/7 bereikbaar is via één centraal telefoonnummer;
- 24/7 actueel inzicht te hebben alle beschikbare crisisbedden in de regio;
- Te werken via eenduidige triage en een uniform stroomschema;
- Toegang tot intercollegiaal consult van de specialist ouderengeneeskunde te realiseren;
- Goede afspraken te maken met alle V&V-aanbieders binnen de regio over het beperken van de instroom en bevorderen van doorstroom naar een reguliere plek (zowel intra- als extramuraal);
- Duidelijke afspraken te maken over bovenregionale crisisplaatsing;
- Een structurele monitoring en evaluatie van de coördinatiefunctie, crisiszorg en ketensamenwerking in de regio te starten.

5 Uitwerking zorginkoopbeleid 2024-2026

5.1 Tariefsystematiek 2024 tot en met 2026

De tariefsystematiek 2024 – 2026 is opgebouwd uit:

1. Het richttariefpercentage voor de sector V&V;
2. Aanpassingen op het richttariefpercentage;
3. Een hardheidsclausule.

5.2 Het richttariefpercentage 2026

Sinds het jaar 2022 werken zorgkantoren met een landelijk vastgesteld richttariefpercentage. Dit landelijk richttariefpercentage is voor de jaren 2024 – 2026 doorontwikkeld en vastgesteld per sector en dient als uitgangspunt voor het bepalen van een tariefpercentage per zorgaanbieder.

Het vaststellen van de richttariefpercentages 2026 doen we op dezelfde manier als waarmee de richttariefpercentages 2024 zijn vastgesteld zoals aangegeven in de Nota van Wijziging 31 mei 2025 en en bijlage 7. Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest ^[7].

Voor de berekening van de richttariefpercentages zijn de laatst beschikbare jaarverslagen van de zorgaanbieders nodig. Voor de richttariefpercentages 2026 betreffen dit de beschikbare jaarverslagen 2024. Deze jaarverslagen worden pas op 1 juni a.s. gepubliceerd. Dit betekent dat de richttariefpercentages 2026 pas na deze datum berekend kunnen worden en daarom uiterlijk op 5 september 2025 gepubliceerd worden. Dan zal ook een nieuwe versie van bijlage 7 gepubliceerd worden.

In het proces van de Nota van Inlichtingen kunnen zorgaanbieders vragen stellen over de wijze waarop de richttariefpercentages 2026 berekend worden. Na publicatie van de richttariefpercentages 2026 kunnen zorgaanbieders bezwaren uiten tegen de hoogte van de richttariefpercentages 2026 en de (wijze van) totstandkoming daarvan. Hiervoor geldt een termijn van 20 kalenderdagen.

Het staat zorgaanbieders vrij om binnen deze termijn mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van het op 5 september 2024 gepubliceerde richttariefpercentage 2026.

Uitsluitend ter informatie noemen wij het richttariefpercentage 2025. Aan dit richttariefpercentage kunnen geen rechten voor 2026 worden ontleend. Het richttariefpercentage V&V voor 2025 is 96,4%.

Het richttariefpercentage is in principe van toepassing op de leveringsvormen ZZP, VPT, DTV en MPT de toeslagen en de meerzorg. Hierop zijn aanpassingen mogelijk die in de volgende paragraaf worden benoemd.

Bepaling van de tarieven inclusief NHC/NIC en NBF component

Het tariefpercentage voor de NHC/NIC en de NBF component Niet beïnvloedbare factoren blijft voor het jaar 2026 op 100%.

Wij berekenen per prestatie een tarief, dat waar nodig is gebaseerd op drie componenten: zorg, NHC/NIC en NBF. Het tarief voor zorg is vastgesteld met inachtneming van hetgeen wij in dit Zorginkoopdocument hebben bepaald. Het tarief voor de NHC, NIC en NBF is voor 2026 vastgesteld op 100%.

Een voorbeeldberekening:

Tarief = (richttarief% inclusief aanpassingen x component zorg in het tarief) + (100% x NHC/NIC en NBF component)

Om redenen van zorgvuldigheid voegen wij hieraan toe dat wij ons in het Zorginkoopdocument WLZ sector VenV de bevoegdheid hebben voorbehouden een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure vast te stellen. Wij hebben daarbij aangegeven dat wij de procedure geheel of gedeeltelijk kunnen aanpassen of opschorten zodat wij ook de mogelijkheid hebben wijzigingen in documenten aan te brengen.

In afwachting van ontwikkelingen die voor 2026 mogelijk gestalte krijgen, zullen wij een beroep op de wijzigingsclausule tijdig kenbaar maken.

1 ECLI:NL:GHDHA:2024:199

5.3 Aanpassingen op het richttariefpercentage

Zoals het landelijk visie document aangeeft, is het richttariefpercentage geen minimum en geen maximumtarief, maar een vertrekpunt met de mogelijkheid het tarief aan te passen en per zorgaanbieder vast te stellen.

Dat uitgangspunt kan vervolgens worden verlaagd indien een zorgaanbieder valt binnen de categorieën waarvoor een lager percentage geldt en het kan worden verhoogd.

Voor de zorginkoop 2024 - 2026 willen we vervolgens met de zorgaanbieder afspraken maken hoe we op basis van de beschreven bewegingen en doelen met hetzelfde geld en personeel meer mensen kunnen helpen.

Voorwaarde voor het kunnen toekennen van een opslag voor bewegingen en doelen is dat de zorgaanbieder beschikt over en werkt vanuit een Integraal strategisch (verander)plan waarbij de behoefte van de cliënt, (regionale) samenwerking en evaluatie van het plan centraal staan (zie hoofdstuk 4). Wij vragen u om bij inschrijving het Integraal strategisch (verander)plan in te dienen.

In onderstaand schema staat de tariefssystematiek met de mogelijke tariefsaanpassingen.

Transitiemiddelen tot maximaal 100% van het NZa tarief

Opslag voor bewegingen en doelen +0,3 %
óf free proposal tot maximaal 100% van
het NZa tarief.

Opslag voor gebruik en stimuleren van bewezen
arbeidsbesparende technologie +0,1 %

Nieuwe
zorgaanbieders

RTP 2026 - 2%

Zorgaanbieders met
substantieel lagere
kosten

· Historisch lagere kosten
· Historisch lager tarief

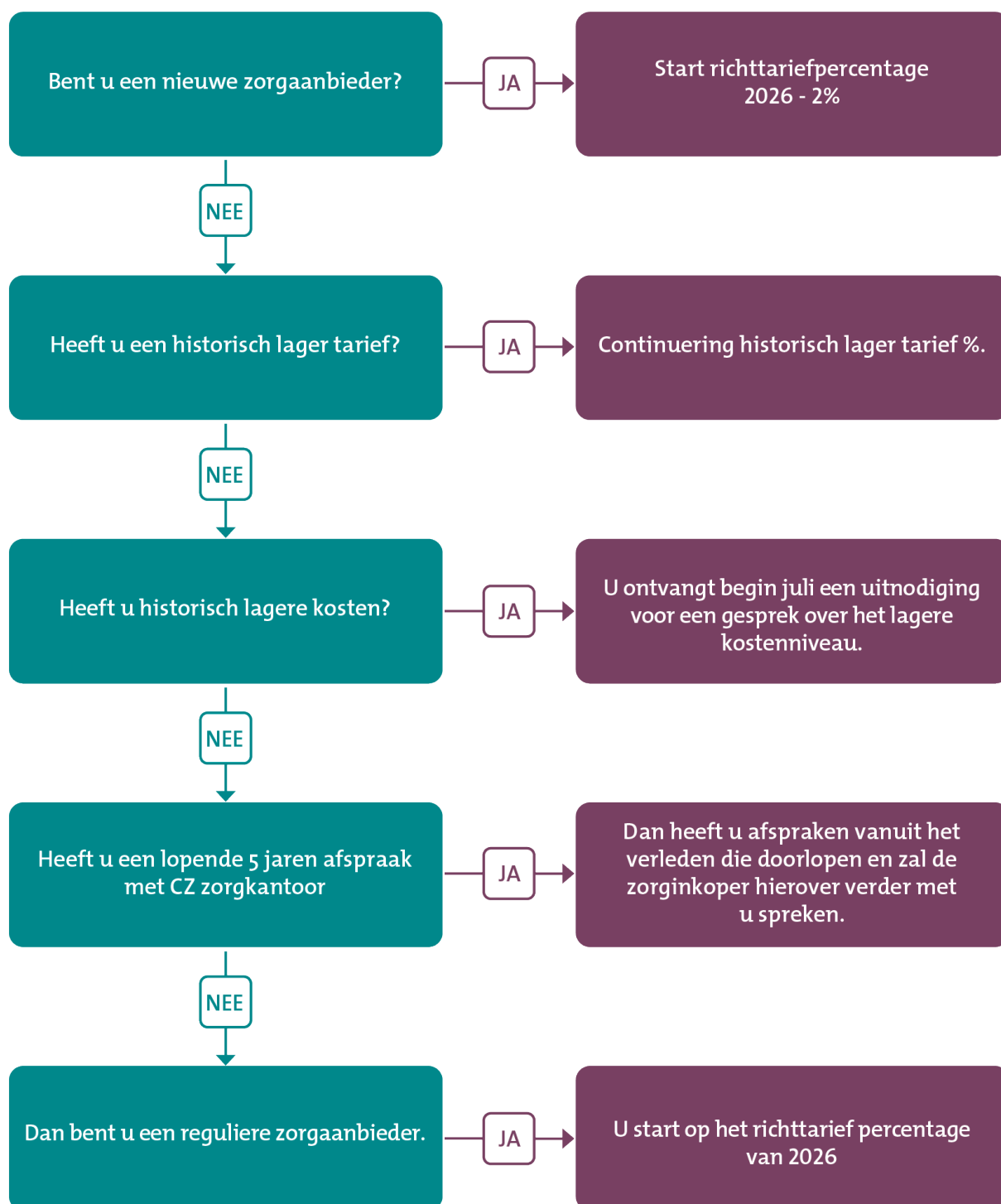
RTP 2026 - 2% of lager

Reguliere
zorgaanbieders

RTP 2026

Zorgaanbieders met
lopende vijffaren
afpraak

Stroomschema tariefsystematiek
Uitgangspunt is het landelijk berekende Richttariefpercentage V&V van 2026



Opslag gebruiken en promoten van effectieve arbeidsbesparende technologieën.

Het is voor alle zorgaanbieders mogelijk een opslag te krijgen voor implementatie van effectieve arbeidsbesparende technologieën met uitzondering van zorgaanbieders met een lopende vijfjarige afspraak met CZ zorgkantoor.

Opslag voor Bewegingen en doelen of Free Proposal

Het is voor alle zorgaanbieders mogelijk een opslag te krijgen voor Bewegingen en doelen of Free Proposal met uitzondering van nieuwe zorgaanbieders én zorgaanbieders met een lopende vijfjaren afspraak met CZ zorgkantoor. De zorgaanbieder aan wie een Free proposal wordt toegekend kan daarnaast geen opslag krijgen voor Bewegingen en doelen.

De opslag voor Beweging en doelen kan worden verkregen naast de opslag voor het gebruiken en promoten van bewezen arbeidsbesparende technologieën.

5.4 Maatwerkafpraak (op- en afslagen) op het richttariefpercentage op basis van uit verleden aanwijsbaar handelen op stand van zaken datum inschrijving)

Nieuwe zorgaanbieders

Dit zijn alle nieuwe zorgaanbieders die in 2026 voor het eerst een Wlz-overeenkomst aangaan met het zorgkantoor. We spreken voor het jaar 2026 een tariefpercentage af dat 2% lager ligt dan het richttariefpercentage van het betreffende inkoopjaar.

Nieuwe aanbieders leveren doorgaans een minder actieve bijdrage aan de regionale ontwikkeling. Ook leveren nieuwe zorgaanbieders niet de volledige breedte van zorg binnen een afgesproken prestatie en/of is de zorgwaartemix binnen het ZZP lager dan gemiddeld. Wij kunnen een uitzondering maken voor nieuwe zorgaanbieders die aangeven niet uit te komen met dit tariefpercentage, omdat zij bijvoorbeeld zorg bieden aan complexe doelgroepen. Wij gaan hierover met de zorgaanbieder in gesprek. Tot de uitzondering behoren ook bestaande zorgaanbieders die een overeenkomst met een ander zorgkantoor hebben en voor ons nieuw zijn volgens de landelijk afgestemde definitie. Dan gaan wij hierover met u in gesprek. Voor beide uitzonderingen geldt dat het tariefpercentage voor deze zorgaanbieders echter niet hoger kan zijn dan het richttariefpercentage.

Zorgaanbieders met een historisch lager tarief

Wanneer wij met de zorgaanbieder in jaar t-1 een lager tariefpercentage hebben afgesproken dan het richttariefpercentage, bijvoorbeeld vanwege het werken met veel ongeschoold of minder geschoold personeel, omdat ze doelmatiger werken of om andere redenen, dan zullen wij met in overleg treden. Wij willen dan onder meer de volgende vragen bespreken: Hoe verloopt de zorgverlening, is alles op orde? Wat zijn de verwachtingen voor het volgende jaar? Wat is de financiële positie? We bespreken hoe de zorgverlening verloopt en of alles op orde is. Daarnaast gaan we in op de verwachtingen voor het volgende jaar en wat de financiële positie is. We kijken daarbij goed naar de passendheid van het tariefpercentage en we gaan ervan uit dat de zorgaanbieder alle medewerking verleent en volledig inzage geeft in alle voor de beoordeling relevante documenten.

Indien wij geen overeenstemming bereiken, zullen wij op basis van de informatie die tijdens het overleg verkregen is, een beslissing nemen. Daarbij geldt dat wij het historisch lagere tarief nooit verder verhogen dan het richttariefpercentage met dien verstande dat aanspraak blijft bestaan op opslagen als aan de voorwaarden daarvoor is voldaan.

Zorgaanbieders met historisch lagere kosten

In navolging van het thema bedrijfsvoering in hoofdstuk 3 gaan we het gesprek aan met zorgaanbieders met een lager kostenniveau. Op basis van een analyse van jaarrekeningen en kostengegevens blijkt dat er zorgaanbieders zijn die vanwege een laag kostenniveau financieel goed uitkomen met het afgesproken tarief.

Het jaarverslag van zorgaanbieders geeft ons inzicht in de kostenopbouw en het resultaat van een zorgaanbieder. Onder historisch lagere kosten verstaan we zorgaanbieders die qua kostenpercentage ruim onder het 75% percentiel zitten en een hoog positief resultaat behalen. Vanuit de maatschappelijke plicht om de zorgkosten laag te houden, gaan we met deze zorgaanbieders in gesprek over de financiële situatie en de redenen hoe deze lagere kosten zijn ontstaan. We betrekken hierbij in ieder geval de jaarrekening 2023 en zo mogelijk de jaarrekening van 2024 of een concept voor dat jaar. In dat laatste geval maken we een voorbehoud om op de uitkomst van het gesprek terug te komen als de definitieve jaarrekening 2024 daartoe aanleiding geeft. Met geselecteerde zorgaanbieders, waarvan blijkt dat zij een lager kostenniveau hebben, gaan we in de maanden augustus en september 2025 graag in gesprek over de wijze waarop zij de lagere kosten weten te realiseren en of ze bereid zijn hun werkwijze met anderen te delen.

Daar waar uit het gesprek met de zorgaanbieder blijkt dat het lagere structurele kostenniveau ontstaat doordat zorg en de organisatie anders vorm gegeven worden, bijvoorbeeld het werken met lager geschoold personeel, het bieden van een beperkt zorgpalet of historisch lagere kosten kan dat een reden zijn om in overleg een lager tariefpercentage af te spreken (zie hoofdstuk 5). Het resultaat van dit gesprek kan leiden tot een tariefpercentage dat tenminste 2% lager is dan het richttariefpercentage 2026. De betreffende zorgaanbieders horen begin juli of wij met hen het gesprek aangaan. Dit gesprek heeft voor eind september 2025 plaatsgevonden.

Het deel van de contracteerruimte dat niet wordt benut vanwege de toegepaste kortingen wordt toegevoegd aan de ruimte die beschikbaar is voor financiering van bewegingen en doelen en het Free proposal (5.6 en 5.7) en het helpen van meer mensen.

5.5 Bewezen arbeidsbesparende technologieën en sociale innovaties actief toepassen

Zoals in deze paragraaf is aangegeven geldt voor alle gecontracteerde Wlz zorgaanbieders als uitgangspunt voor de contractering dat zij actief werken met de door het kenniscentrum (Vilans) benoemde bewezen effectieve arbeidsbesparende technologieën voor de Wlz (voor zover dat passend is voor de cliënten). Dit uitgangspunt voeren wij gefaseerd in de inkoop 2024 tot en met 2026 in, met onderscheid tussen intramurale- en extramurale zorg.

In paragraaf 3.3. is aangegeven dat wij van iedere gecontracteerde zorgaanbieder V&V in de basis verwachten dat deze in ieder geval in de jaren 2024, 2025 en 2026 jaarlijks minimaal één voor de instelling nieuwe bewezen arbeidsbesparende digitale technologie extra toepast ten opzichte van het jaar daarvoor. Dus in drie jaar drie nieuwe technologieën.

Indien een zorgaanbieder in één bepaald jaar minimaal twee of meer voor de instelling nieuwe technologieën toepast en bereid is deze in het kader van leren en verbeteren te promoten bij andere zorgorganisaties, wordt in dat jaar een opslag toegekend van 0,1%. Ook in die situatie wordt verwacht dat de zorgaanbieder het jaar daarop weer minimaal één nieuwe technologie implementeert. Hierbij geldt voor de implementatie dat de door het kenniscentrum (Vilans) benoemde bewezen effectieve arbeidsbesparende technologieën regelmatig tot vaak worden ingezet waar dat voor de cliënt passend is op basis van een opgesteld plan waarbij de stappen van het hele honingraatmodel zijn doorlopen. Voor de toetsing hierop zal afzonderlijk gekeken worden naar zowel intramurale als extramurale zorg.

Het uitgangspunt is dat alle klanten (intramuraal en/of extramuraal) gebruik kunnen maken van de gekozen goede praktijk voorbeelden. In de inschrijvingsverklaring geeft de zorgaanbieder aan welke bewezen arbeidsbesparende technologieën op de datum inschrijving in het komende jaar nieuw worden geïmplementeerd. We hanteren het pas toe of leg uit principe (in lijn met WOZO). Inkopers en kwaliteitsadviseurs gaan in gesprek met zorgaanbieders over de voortgang.

Het is voor alle zorgaanbieders mogelijk een opslag te krijgen voor implementatie van effectieve arbeidsbesparende technologieën met uitzondering van zorgaanbieders die een Free proposal toegekend krijgen en zorgaanbieders met een lopende vijfjarige afspraak met CZ zorgkantoor.

Wij verwachten van alle zorgaanbieders dat zij jaarlijks minimaal één voor de instelling nieuwe bewezen arbeidsbesparende digitale technologie extra toepast ten opzichte van het jaar daarvoor. Dit leidt nog niet tot een opslag.

Indien een zorgaanbieder in één bepaald jaar minimaal twee of meer voor de instelling nieuwe technologieën toepast en bereid is deze in het kader van leren en verbeteren te promoten bij andere zorgorganisaties, wordt in dat jaar een opslag toegekend van 0,1%.

Voor 31 oktober t-1 dient u met uw zorginkoper afspraken gemaakt te hebben over welke technologie er geïmplementeerd wordt. Wij proberen hier zo pragmatisch mogelijk in te staan. Mocht u op dit moment nog geen selectie hebben gemaakt, laat u het veld 'welke technologie' in het inschrijfformulier leeg.

5.6 Bewegingen en doelen realiseren op basis van een integraal strategisch (verander)plan

In hoofdstuk 3 zijn de bewegingen en doelen aangegeven voor de zorginkoop 2024 – 2026. Voor het realiseren van bewegingen en doelen op basis van een integraal strategisch (verander)plan is per aanbieder een opslag mogelijk van maximaal 0,3%.

Deze opslag is bedoeld om zorgaanbieders tijdelijk te ondersteunen en te stimuleren om op basis van een integraal strategisch (verander)plan dat voldoet aan de daaraan gestelde voorwaarden de bewegingen te (gaan) maken die nodig zijn om de doelstellingen zoals omschreven in hoofdstuk 3 te realiseren. Op basis van het integraal strategisch (verander)plan en de impact die het heeft zal worden beoordeeld of de zorgaanbieder in aanmerking komt voor de opslag voor het realiseren van bewegingen en doelen in 2026. Afhankelijk van de aard en inhoud van het veranderplan wordt de opslag voor bewegingen en doelen toegekend voor 1 jaar. Met behulp van prestatie-indicatoren zoals benoemd in deze paragraaf zullen wij vervolgens de resultaten meten.

De opslag wordt toegekend aan zorgaanbieders met plannen die aantoonbaar goed scoren op het meer mensen helpen met hetzelfde geld en personeel op basis van het hieronder beschreven toetsingskader.

Het is ook mogelijk dat zorgaanbieders er voor kiezen om de middelen gezamenlijk in te zetten in de vorm van regionale veranderplannen. Zoals het ook mogelijk is om bijvoorbeeld transitieplannen te alloceren voor het realiseren van bewegingen. Indien er in een regio voor wordt gekozen om voor bewegingen en doelen samen te werken in de vorm van een samenwerkingsverband met één regionaal uitgewerkt veranderplan wordt bij voorkeur gewerkt met één of meer kassiers.

Indien een ingediend voorstel volgens het oordeel van de zorginkoper in overleg met de zorgaanbieder wel voldoet aan de gewenste bewegingen maar niet voldoende proportioneel is in verhouding tot de omvang van de opslag, kan een lagere opslag dan 0,3% worden toegekend.

Uitzondering:

- Nieuwe zorgaanbieders en zorgaanbieders met een lopende vijfjarige afspraak met CZ zorgkantoor komen niet in aanmerking voor de opslag van 0,3% voor beweging en doelen.
- De zorgaanbieder aan wie een Free proposal wordt toegekend kan daarnaast geen opslag krijgen voor Bewegingen en doelen.

Prestatie-indicatoren

Om voor de opslag bewegingen en doelen in aanmerking te komen zal het integraal strategisch (verander)plan worden getoetst aan de hand van onderstaande resultaatgerichte prestatie-indicatoren voor bewegingen en doelen. Algemene randvoorwaarde bij de prestatie-indicatoren voor alle zorgaanbieders is dat om de opslag te behalen aan zowel aan kwaliteit van leven/bestaan als aan doelgerichte samenwerking wordt gewerkt zoals hierna omschreven.

Randvoorwaarde: Kwaliteit van leven/bestaan wordt belangrijker → Focus in het nieuwe kwaliteitskader steeds meer op de ervaren kwaliteit van leven en bestaan van mensen, door een goede invulling op welzijn en reablement met ondersteuning en zorg dichtbij georganiseerd (community care). De zorgaanbieder heeft de wensen van de cliënt in beeld, kent het verleden van de cliënt en hanteert de schijf van 5 of een vergelijkbaar instrument. Toetsing in de vorm van een dialoog over het Integraal strategische (verander)plan, het kwaliteitsplan en de reeds bestaande verslagen hierover.

Randvoorwaarde: doelgerichte samenwerking → Focus op samenwerking op basis van een op te stellen of opgestelde regionale visie

Wij hebben de afgelopen jaren de nadruk gelegd op het samen met de regio ontwikkelen van een regiobeeld. Samen met de zorgaanbieders werken we aan een regionale visie voor de komende jaren. Wij zijn van mening dat we bij zorgaanbieders die zich niet conformeren aan de op te stellen of opgestelde regionale visie niet voldoende mee kunnen bewegen in de verandering die noodzakelijk is om de zorg ook op de langere termijn duurzaam toegankelijk te houden.

In de inschrijvingsverklaring vragen wij u om aan te geven of u actief aansluit bij de regionale visie.

Met de zorgaanbieder die aangeeft niet te willen aansluiten bij de vastgestelde regionale visie gaan wij in gesprek. In de inschrijvingsverklaring vragen wij u aan te geven of u een actieve bijdrage levert aan de regionale overleggen en aan het oplossen van de regionale speerpunten. Het resultaat van dit gesprek kan er toe leiden dat de zorgaanbieder niet in aanmerking kan komen voor de opslag Bewegingen en doelen. Deze actieve bijdrage bestaat uit:

- actief visie, kennis en ervaringen delen met zorgaanbieders uit de regio én
- onderdeel zijn van of bijdrage leveren aan het oplossen van de regionale speerpunten én
- regelmatig bijwonen van de regiobijeenkomsten ten behoeve van de TransitieMiddelen en/of
- actief meewerken aan de voorbereiding van of uitwerking van een regionaal speerpunt en/of
- actief deelnemen aan de werkgroep die het betreffende speerpunt uitwerkt

De zorginkoper van de betreffende regio beoordeelt de gegeven antwoorden in de inschrijvingsverklaring. Als er verschil van inzicht bestaat over de gegeven antwoorden, neemt de inkoper met de betreffende zorgaanbieder contact op voor nader overleg hierover.

De zorgaanbieder stuurt op onderstaande resultaten.

1. **Meer cliënten helpen** → Meetbare stijging unieke cliënten in zorg in lijn met de uitbreidingsopgave zoals vermeld in de meest recente Regiomonitor (op peilmaand september jaar t ten opzichte van september jaar t-1). Op basis van de regionale uitbreidingsopgave (zie paragraaf 4.3) heeft de zorgaanbieder een in regionaal verband afgesproken eigen verantwoordelijkheid. De afspraak wordt per zorgaanbieder gemaakt. Voor alle zorgaanbieders geldt dat deelname aan regionale afspraken hierover noodzakelijk is om voor de opslag voor bewegingen en doelen in aanmerking te kunnen komen. De opslag bewegingen en doelen is bedoeld om zorgaanbieders te steunen om deze opgave te realiseren. De precieze afspraken over de uitbreiding van de extramurale capaciteit zijn vervolgens onderwerp van gesprek met de zorginkoper. De omvang van de resultaatafspraken dient proportioneel te zijn in relatie tot het WLz marktaandeel van de instelling. Met de betrokken zorgaanbieder wordt een resultaatafspraken gemaakt aan de hand van het aantal benodigde plaatsen (VPT/MPT).
2. **Vaker en langer thuis: groei van de langdurige zorg thuis**
De omvang van de resultaatafspraken dient proportioneel te zijn in relatie tot het WLz marktaandeel van de instelling.

2a. indicator voor zorgaanbieders met zowel intramurale- als extramurale capaciteit → Stijging percentage unieke WLz cliënten in MPT/VPT ten opzichte van het totaal aantal WLz cliënten op peilmaand september jaar t ten opzichte van september jaar t-1. Dit wordt specifiek gemaakt in overleg tussen de zorgaanbieder en de zorginkoper.
- 2b. Of in het geval de zorgaanbieder alleen extramurale zorg biedt** → Stijging percentage van het aantal cliënten met een complexere zorgvraag (zoals zorgprofielen VV7 of 8, LG 5, 6 of 7) ten opzichte van het totaal aantal WLz- cliënten (op peilmaand september jaar t ten opzichte van september jaar t-1)
3. **Complexe intramurale zorg en crisiszorg regelen we goed in de regio** → We verwachten van alle zorgaanbieders die intramurale zorg leveren dat ook aan onderstaande punten a) tot en met d) wordt voldaan:
 - a. Coördinatie van crisiszorg is goed georganiseerd in de regio. Zie daarvoor de uitgangspunten in paragraaf 4
 - b. Geen exclusiecriteria voor bepaalde groepen cliënten.
 - c. Stijging van het aantal intramurale cliënten met een complexe zorgvraag (op peilmaand september jaar t ten opzichte van september jaar t-1), veelal vertaald in een zorgprofiel VV7 en VV8, LG 5, 6 of 7 ten opzichten van het totaal aantal cliënten in zorg => formule: (aantal cliënten ZZP VV7 en ZZP VV8 + LG 5, LG6, of LG7) / (totaal

aantal intramurale cliënten) moet stijgen: criterium is stijging van de indicator (zonder specifieke norm) op peilmaand september jaar t ten opzichte van september jaar t-1. Het totale aantal intramurale plaatsen mag, behoudens de als onomkeerbaar bestempelde plaatsen, niet groeien.

d. Plan voor efficiënte inzet van middelen, waarbij duidelijk is aangegeven hoe opschaling van kosten (bóven het hogere tarief per zorgprofiel) voorkomen wordt.

Resultante van bovengenoemde indicatoren zal op zorgaanbiederniveau een daling van de gemiddelde kosten per cliënt moeten opleveren.

Hoe concreter en duidelijker de afspraken zijn over de prestatie-indicatoren op basis van het integraal strategisch (verander)plan, hoe beperkter ook de uitwerking van de aanvraag vooraf kan zijn.

Zorgaanbieders die alleen extramurale zorg bieden komen voor de opslag bewegingen en doelen in aanmerking als er sprake is van een positieve beweging richting de doelen op basis van de prestatie-indicatoren 1 en 2, én de randvoorwaarden kwaliteit én doelgerichte samenwerking.

Zorgaanbieders die zowel intramurale- als extramurale zorg bieden komen voor de opslag bewegingen en doelen in aanmerking als er sprake is van een positieve beweging richting de doelen op basis van de prestatie-indicatoren 1 en 2 en 3, én de randvoorwaarden kwaliteit én doelgerichte samenwerking.

Zorgaanbieders die alleen intramurale zorg bieden komen voor de opslag bewegingen en doelen in aanmerking als er sprake is van een positieve beweging richting de doelen op basis van de prestatie-indicator 3, én de randvoorwaarden kwaliteit én doelgerichte samenwerking.

De zorginkoper maakt met de zorgaanbieder daartoe voor zowel de intramurale als extramurale prestaties, op alle van toepassing zijnde prestatie-indicatoren een resultaatsafpraak.

De resultaatsafspraken worden opgenomen in een addendum op de overeenkomst.

Verantwoording:

De opbrengst van de toeslag dient als een bijdrage aan de begroting voor de in te zetten bewegingen en doelen zoals opgenomen in het integraal strategisch (verander)jaren plan van de zorgaanbieder. Tussentijds en achteraf legt de zorgaanbieder een kwalitatieve en kwantitatieve verantwoording af over de uitgevoerde bewegingen met tussentijds een inschatting-, en achteraf het concrete resultaat op de prestatie-indicatoren dat daadwerkelijk is bereikt. Het criterium voor toekenning van de opslag is dus zoals aangegeven of er sprake is van een positieve beweging richting de doelen.

De resultaten moeten tussentijds en na afloop gemeten en geëvalueerd kunnen worden. Indien de uitkomst van de evaluatie leidt tot de conclusie dat de afspraken met betrekking tot de prestatie-indicatoren niet worden gerealiseerd of dat er geen enkele beweging in het kader van anders werken is ingezet, zal in overleg met de zorgaanbieder in het tarief van het opvolgende jaar een korting worden toegepast op de tarieven.

De regioteams van CZ zorgkantoor voeren de beoordeling van de ingediende plannen voor bewegingen en doelen uit.

5.7 Free proposal

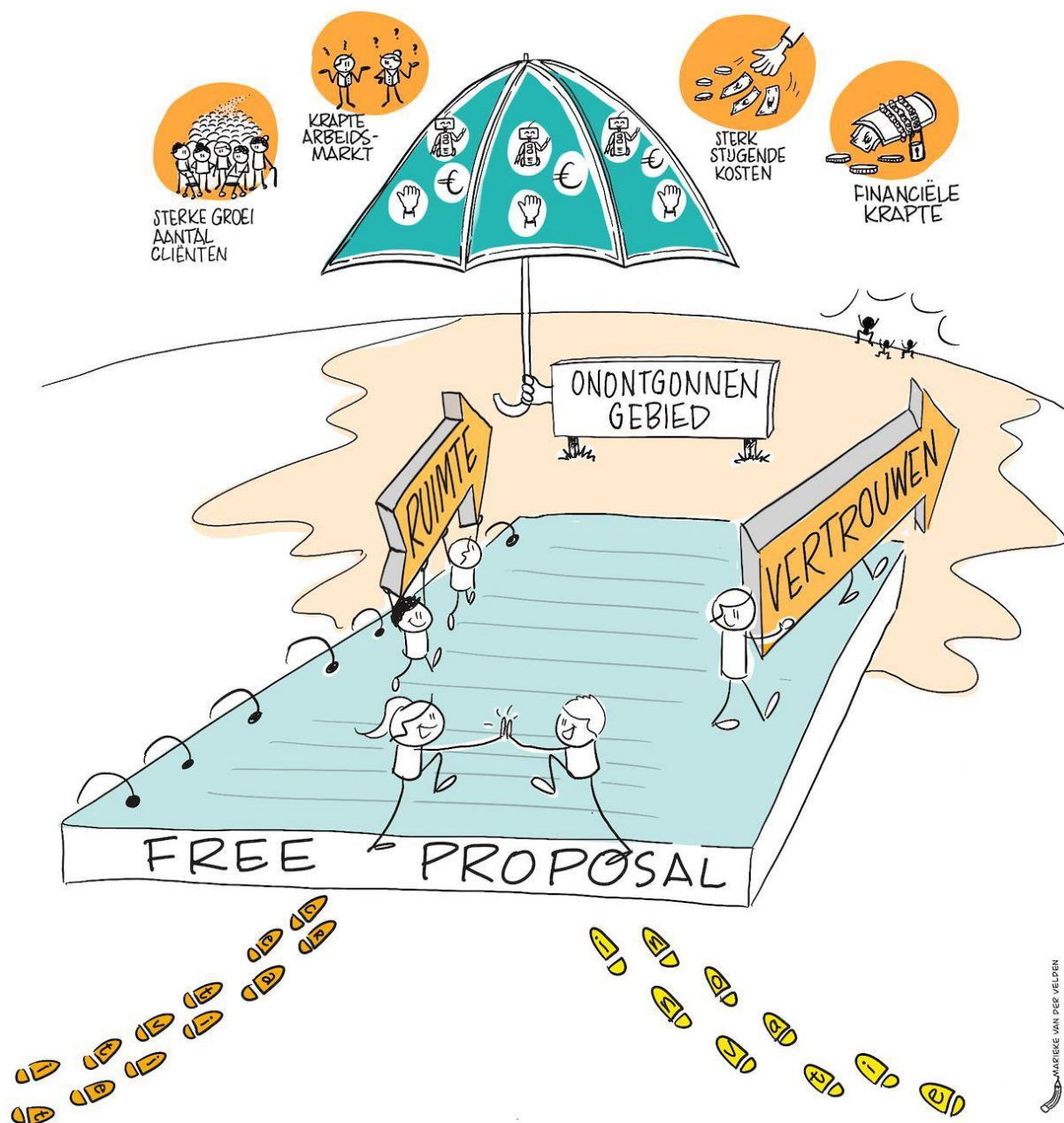
Zorgaanbieders die op een grootschalige creatieve en innovatieve manier aan de slag gaan met het hoofddoel van het zorginkoopbeleid, het realiseren van passende, duurzaam toegankelijke langdurige zorg, kunnen zich inschrijven voor het Free proposal.

Onderdeel A – Toelichting Free proposal

Het Free proposal is een nieuwe methode die CZ zorgkantoor hanteert in het inkoopbeleid 2024-2026. Het betreft één of meerdere geïntegreerde organisatorische, sociale en/of technische innovatieve vernieuwingen waarmee een meetbare substantiële bijdrage wordt geleverd aan het toegankelijk en betaalbaar houden van de langdurige zorg. Het Free proposal wordt toegekend aan het plan, of de plannen, met de meest substantiële bijdrage aan het hoofddoel van de zorginkoop 2024 – 2026 van CZ zorgkantoor zoals omschreven in paragraaf 3.1 namelijk: het toegankelijk en betaalbaar houden van de langdurige zorg. De wijze van toetsing en de daarbij gebruikte criteria alsmede de weging die aan de verschillende criteria is gegeven, komen hierna aan de orde.

Een zorgaanbieder, een collectief van zorgaanbieders of een regionaal samenwerkingsverband van zorgaanbieders, hierna te noemen zorgaanbieder, kan zich inschrijven voor deze methodiek met behulp van een aanvulling op hun Integraal strategisch (verander) plan. Een Free proposal plan is een voorstel van één of meerdere zorgaanbieders samen voor de uitvoering van Wlz-zorg waarin de zorgaanbieder(s) maximale creativiteit toont/tonen om op innovatieve wijze Wlz-zorg te organiseren. Er wordt bewust niet gewerkt via een vast format om ruimte te bieden voor creatieve nieuwe ideeën.

Een Free proposal omvat een benadering, methode en/of aanpak, als aanvulling op het integraal strategisch (verander)plan, waarmee de zorgaanbieder een aantoonbare extra bijdrage levert ten opzichte van de inspanningen voor de bewegingen en doelen. Het Free proposal moet deze aantoonbare extra bijdrage duidelijk beschrijven. Door uitvoering te geven aan het Free proposal zet de zorgaanbieder in het jaar 2026 het beschikbare personeel en middelen anders in, om als zodanig meer cliënten te kunnen helpen. Dit resulteert in een jaarlijkse uitbreiding van het aantal plaatsen extramurale zorg en dalende kosten per cliënt.



Afbeelding ter illustratie van Free proposal

Het Free proposal wordt opgesteld voor een periode van maximaal één jaar en ook voor deze periode toegekend, mits de zorgaanbieder aan de afspraken voldoet. Voor 2026 betekent dit een instroommoment per 1 januari 2026 en een looptijd van maximaal 1 januari 2026 tot en met 31 december 2026. Gelet op de korte looptijd dient het Free Proposal plan concreet uitvoerbaar te zijn binnen één jaar.

Het is denkbaar dat gedurende de looptijd een langere termijn nodig blijkt om het einddoel van het Free proposal te realiseren. Om die reden hanteert CZ zorgkantoor, onder voorwaarde dat het inkoopbeleid wordt verlengd en er financiële ruimte beschikbaar is, een optie tot verlenging met maximaal twee jaar van het Free proposal. De zorgaanbieder die het Free proposal uitvoert treedt tijdig in overleg met CZ zorgkantoor om een beroep te doen op deze verlenging, waar CZ zorgkantoor uiteindelijk over beslist. Afspraken over jaarlijks toetsbare/meetbare tussentijdse resultaten voor de looptijd van het Free proposal worden in overleg tussen de zorgaanbieder en CZ zorgkantoor gemaakt. Hiermee borgt CZ zorgkantoor dat er door deze vernieuwde aanpak jaar op jaar een aantoonbare substantiële bijdrage geleverd wordt aan de maatschappelijke uitdaging om de langdurige zorg duurzaam toegankelijk te houden.

Tevens zal CZ zorgkantoor met de zorgaanbieder bespreken of er sprake is van regelgeving die mogelijk belemmerend of averechts werkt om de doelstellingen te behalen. Vervolgens wordt gekeken welke stappen er in gezamenlijkheid kunnen worden gezet om deze belemmeringen op te lossen of zoveel als mogelijk te beperken.

Onderdeel B – Proces, voorwaarden en minimumeisen Free proposal

Het uitvoeren en begeleiden van vernieuwende plannen vraagt de nodige capaciteit, middelen en inspanning van zowel de zorgaanbieder als het zorgkantoor. Om die reden wordt een beperkt aantal Free proposals toegekend per regio. Het uitgangspunt is dat er per regio, door middel van het beoordelingsproces, maximaal twee Free proposals worden geselecteerd. Het proces vanaf de inschrijving tot uitvoering van het Free proposal is onderverdeeld in vijf stappen welke hieronder per stap worden toegelicht.

Stap 1 – Toetsing minimumeisen

Om in aanmerking te komen voor het Free proposal, voldoet de zorgaanbieder tenminste aan de volgende voorwaarden:

1. De zorgaanbieder heeft op de datum van inschrijving een meerjarige overeenkomst Wlz met CZ zorgkantoor.
2. De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden die gelden voor het strategisch (verander)plan, zoals vermeld in paragraaf 4.2.
3. De zorgaanbieder vermeldt in het integraal strategisch (verander) plan aan welke bewegingen en doelen de zorgaanbieder gaat werken en/of meewerken die nodig zijn om de doelstellingen zoals omschreven in hoofdstuk 3 te realiseren. Tevens bevat het plan een toelichting op de thema's binnen het Free proposal, zoals uiteengezet in Bijlage 4, waaruit blijkt wat de aantoonbaar extra bijdrage is ten opzichte van inspanningen op de bewegingen en doelen.
4. De zorgaanbieder levert in het kader van het Free proposal een complete, realistische en transparante begroting aan met daarin een geprognostiseerde kosten-batenanalyse en uitwerking van de benodigde investering voor de uitvoering en structurele borging van het plan en dat past binnen de looptijd van de mogelijke toekenning van het Free proposal. De zorgaanbieder dient eventuele te verwachten inverdieneffecten (gerealiseerde efficiencyvoordelen) in de looptijd van het Free proposal in deze begroting duidelijk te specificeren. Daarnaast is een toelichting gegeven op welke wijze de initiële investering leidt tot een efficiëntere werkwijze en daarmee uiteindelijk tot een financiële besparing en bijdrage aan de betaalbaarheid en/of toegankelijkheid van zorg.
5. **Het budget voor de Free proposal is niet hoger dan wat op basis van de initiële productieafspraken in 2026 met de vergoeding van maximaal 100% van de NZa-tarieven (2026) kan worden toegekend.**
6. De zorgaanbieder levert ten minste twee referentieprojecten aan die laten zien dat de zorgaanbieder beschikt over de competenties om op innovatieve en creatieve wijze de beoogde doelstelling te behalen. Deze referentieprojecten zijn niet ouder dan vijf jaar.
7. De zorgaanbieder sluit een overeenkomst met een externe partij, zijnde onderwijs- of onderzoeksinstituut, waarbij de voorkeur uitgaat naar een onderwijsinstelling (hogeschool of universiteit). Deze externe partij ondersteunt de zorgaanbieder bij het evaluatieproces gedurende de looptijd van het Free proposal. Dit betreft zowel voor de tussentijdse evaluatie als voor de eindevaluatie. In de dialoofase wordt in samenwerking met het CZ zorgkantoor een partij geselecteerd om hier uitvoering aan te geven,
8. De zorgaanbieder maakt expliciet op welke sector (VV en/of GGZ) het Free proposal betrekking heeft. Indien het Free proposal op meerdere sectoren betrekking heeft (sectoroverstijgend), wordt expliciet aangegeven welk deel van het aangevraagde budget voor welke sector wordt aangevraagd.
9. De zorgaanbieder verleent toestemming om gedurende de looptijd van het Free proposal opgedane kennis en ervaring uit de uitvoering van het plan te delen met derden. In overleg bepalen zorgaanbieder en CZ zorgkantoor voor welke andere partijen deze informatie relevant is en met welke deze gedurende het proces gedeeld wordt.

Om in aanmerking te komen voor het Free proposal, dient de zorgaanbieder én het plan te voldoen aan de minimumeisen (stap 1).

Na toetsing op de minimumeisen wordt getoetst of het plan op alle selectiecriteria voor de kwalitatieve toetsing (stap 2) de gevraagde informatie bevat. Indien er informatie ontbreekt op één of meerdere onderdelen, kan er worden besloten dat het plan niet doorgaat naar het volgende onderdeel, namelijk de kwalitatieve toets door de beoordelingscommissie.

Per regio is in 2025 een bedrag beschikbaar voor het Free proposal. Een zorgaanbieder die een substantiële extra bijdrage levert om de bewegingen te maken die nodig zijn om het hoofddoel te bereiken, kan zich inschrijven voor het Free proposal en daarmee voor financiële ondersteuning vanuit het beschikbare bedrag. De zorgaanbieder waaraan het Free proposal wordt toegekend kan op basis van het opgestelde plan een maximumtariefpercentage behalen van 100% van het NZa maximumtarief.

De opbrengst van de toeslag dient ter dekking van de begroting voor de uitvoering van het Free proposal, het bereiken van de vooraf opgestelde doelstelling zoals opgenomen in het integraal strategisch (verander)plan en de inzet van de externe onderwijs- of onderzoeksinstelling ter evaluatie van het traject.

Verantwoording:

- Tussentijds en achteraf legt de zorgaanbieder een kwalitatieve en kwantitatieve verantwoording af over de voortgang met tussentijds een inschatting-, en achteraf het concrete resultaat op de prestatie indicatoren uit het strategisch integraal (verander)plan dat daadwerkelijk is bereikt. In november van het lopende jaar wordt op basis van de tussenevaluatie bepaald of het traject wordt voortgezet (go/no-go-gesprek).
- Indien de uitkomst van de evaluatie leidt tot de conclusie dat de afspraken met betrekking tot de prestatie-indicatoren niet worden gerealiseerd of dat er geen enkele beweging in de richting van integraal anders werken is ingezet, zal in overleg met de zorgaanbieder het budget voor het jaar erop worden bijgesteld, of in het uiterste geval, het Free proposal worden beëindigd.

Stap 2 – Kwalitatieve toets

In stap 2 wordt via een kwalitatieve toets beoordeeld hoe substantieel de bijdrage van het plan voor het Free proposal is, hoe het plan een bijdrage levert aan de hoofddoelstelling en welke bijdrage wordt verwacht. Ook focussen we hier op de acties die nodig zijn om deze beweging (en doelstellingen) te bereiken, de bijdrage aan de betaalbaarheid van de langdurige zorg, het realiteitsgehalte en de borging van de kans van slagen van het plan. Tot slot bekijken we de mate van vernieuwing en creativiteit van de het plan en de zorgaanbieder. Dit doen we door op een aantal thema's informatie op te vragen bij de inschrijver voor het Free proposal door middel van verdiepende vragen. Deze informatie die onderdeel uitmaakt van het totale plan wordt beoordeeld door de beoordelingscommissie.

Toetsingscriteria

Het plan wordt getoetst op basis van de volgende zes toetsingscriteria:

1. Maatschappelijke impact: de impact van de activiteiten op mens en maatschappij. Hieronder wordt minimaal verstaan de beweging richting meer cliënten in de thuissituatie ondersteunen, wat zich vertaalt in een jaarlijkse toename van het aantal extramurale cliënten ten opzichte van het aantal intramurale cliënten. Afhankelijk van de inhoud en richting van het plan, zal de maatschappelijke impact breder zijn dan bovengenoemd minimum.
2. Innovatie: de wijze waarop nieuwe of vernieuwde interventies worden ingezet die bijdragen aan het behalen van het beoogde resultaat. Hiertoe behoren ook creatieve en 'out of the box' oplossingen.
3. Kosteneffectiviteit: verhouding tussen verwachte effecten en kosten.
4. Voortrekkersfunctie: de wijze waarop de zorgaanbieder aanjager is in de regio van de beoogde beweging en in staat is andere betrokken partijen hier door middel van samenwerking actief aan deel te laten nemen.
5. Toekomstwaarde: de wijze waarop het plan een substantiële bijdrage levert aan de maatschappelijke opdracht op zowel de korte als lange termijn. Hiertoe behoort ook de mate van opschaalbaarheid, alsmede het proces van evaluatie, borging en opschaling.
6. Realisme en borging van succes: het plan is realistisch en de zorgaanbieder neemt adequate maatregelen die de kans op het realiseren van de doelstellingen optimaliseert. De aanbieder benoemt risico's en beschrijft hiervoor passende beheersmaatregelen.

Bijlage 4 beschrijft voor deze selectiecriteria welke aspecten CZ zorgkantoor van belang acht, en waar de zorgaanbieder aandacht aan dient te schenken bij de inschrijving.

Beoordelingsprocedure kwalitatieve toets

1. De leden van de beoordelingscommissie beoordelen ieder individueel het Free proposal aan de hand van de daarvoor vooraf opgestelde toetsingscriteria en beoordelingskader. Hierbij wordt een score en onderbouwing per toetsingscriterium gegeven.
2. A. De beoordelingscommissie bespreekt gezamenlijk de individuele scores en onderbouwingen. Ieder lid van de beoordelingscommissie krijgt naar aanleiding van dit overleg de mogelijkheid hun individuele score nog éénmalig bij te stellen.

B. De geselecteerde zorgaanbieders krijgen de mogelijkheid om het Free proposal plan mondeling toe te lichten en de beoordelingscommissie krijgt de gelegenheid om vragen te stellen.

1. De leden van de beoordelingscommissie maken hun scores en onderbouwing definitief.
2. De eindscores per Free proposal worden bepaald door het gemiddelde van alle individuele scores te berekenen.

Beoordeling

De beoordeling van de plannen voor het Free proposal wordt uitgevoerd door een beoordelingscommissie. Elk plan wordt afzonderlijk door de beoordelingscommissie beoordeeld.

Per toetsingscriterium geeft de beoordelingscommissie een score. Elk toetsingscriterium wordt met behulp van onderstaande tabel beoordeeld:

Schaal	Score (range)	Toelichting
Slecht	2 / 4 / 6	De informatie is onvolledig en voldoet niet aan criterium.
Onvoldoende	4 / 8 / 12	De informatie is gedeeltelijk aanwezig / voldoet gedeeltelijk aan criterium.
Voldoende	6 / 12 / 18	Informatie is volledig, voldoet volledig aan criterium, biedt geringe meerwaarde.
Goed	8 / 16 / 24	Informatie is volledig, voldoet volledig aan criterium en biedt meerwaarde op onderdelen.
Zeer goed	10 / 20 / 30	Informatie is volledig, voldoet volledig aan criterium, voegt aantoonbare meerwaarde op een aantal onderdelen en er is sprake van onderscheidend vermogen (t.o.v. andere plannen).

Berekening totaalscore plan

Criterium	Max punten	Knock-out drempel
Maatschappelijke impact	30	18
Innovatie	10	-
Kosteneffectiviteit	20	12
Voortrekkersfunctie	10	-
Toekomstwaarde	10	-
Realisme en borging	20	12
Totaal	100	60

De maximale score voor alle selectiecriteria samen is 100 punten. Niet alle criteria wegen even zwaar: de weging is verwerkt in het maximum aantal punten per criterium. Bij een beoordeling 'voldoende' voor het criterium *maatschappelijke impact* ontvangt de zorgaanbieder voor dit criterium 18 punten, terwijl een 'voldoende' voor criterium *innovatie* 6 punten oplevert.

CZ Zorgkantoor hecht de meeste waarde aan de criteria *maatschappelijke impact*, *kosteneffectiviteit* en *realisme en borging*. Voor deze criteria geldt dat er minimaal een voldoende wordt behaald om in aanmerking te komen voor toekenning. Daarnaast dient het plan voor het Free proposal in zijn totaliteit een minimale score te behalen van 60 punten.

De inhoud van de ontvangen en gevraagde informatie wordt kwalitatief beoordeeld door de beoordelingscommissie. Op ieder criterium ontvangt de inschrijver een score in punten. Het gemiddelde van de individuele scores, 1 cijfer achter de komma afgerond, is de definitieve score. Bij een gelijke totaalscore is de hoogste score op selectiecriteria 1 (*maatschappelijke impact*) doorslaggevend. Is ook die score gelijk, dan geldt de hoogste score op selectiecriteria 2 (*kosteneffectiviteit*). Vervolgens vindt een rangschikking plaats van de plannen op basis van hun eindscore.

Stap 3 beschrijft hoe CZ zorgkantoor vervolgens omgaat met de selectie van partijen voor het Free proposal.

Stap 3 – Selectie plannen Free proposal

Voor het selecteren van plannen voor het Free proposal hanteert CZ zorgkantoor de volgende stappen:

1. De beoordelingscommissie beoordeelt alle plannen per regio en rangschikt alle plannen conform de hiervoor beschreven kwalitatieve toets.
2. Per regio vindt voorlopige toekenning van het Free proposal plaats aan het voorstel met de hoogste score.
3. CZ zorgkantoor stelt vervolgens de resterende financiële ruimte vast door aftrek van de kosten van het plan met de hoogste score dat voorlopig is toegekend, en gaat over tot voorlopige toekenning van het Free proposal aan het voorstel met de op één na hoogste score, voor maximaal het restant van de financiële ruimte voor 2025.

Het is mogelijk dat de resterende financiële ruimte na toekenning aan de partij met de hoogste score te beperkt is om invulling te geven aan een tweede Free proposal. CZ zorgkantoor treedt in overleg met de partij met de op één na hoogste score over de haalbaarheid binnen de resterende financiële ruimte.

Sectoroverstijgende Free proposals

Het is mogelijk dat een Free proposal betrekking heeft op zowel de V&V en GGZ. Als dit het geval is, geldt de volgende werkwijze:

1. Rangschikking van plannen conform de hiervoor beschreven kwalitatieve toets.
2. Als een sector-overstijgend plan als beste gerangschikt wordt, wordt deze voorlopig toegekend en met toewijzing van budget uit de verschillende sectoren naar rato.
3. Binnen beide sectoren gaat men vervolgens conform voornoemde werkwijze verder.

Delen uitslag beoordeling

Zorgaanbieders die een Free proposal hebben ingediend worden op de hoogte gesteld van de beoordeling en beslissing. Hierbij krijgen zij inzicht in de beoordeling van hun eigen plan voor het Free proposal en de behaalde beoordelingsscore(s) van de zorgaanbieder(s) die geselecteerd is (zijn) om uitvoering te geven aan hun plan voor het Free proposal.

Met de zorgaanbieder waaraan het Free proposal uiteindelijk niet wordt toegekend, zal een gesprek plaatsvinden om te bepalen in hoeverre het ingediende plan voldoet aan de opslag Bewegingen en Doelen.

Stap 4 - Dialoofase

Het uitvoeren van een Free proposal vraagt per definitie een nieuwe werkwijze, systematiek en/of samenwerkingsvorm. Hoewel CZ zorgkantoor op basis van de inschrijving moet kunnen beoordelen welke plannen het meeste zullen opleveren en de grootste kans van slagen hebben, zullen er onderdelen zijn die nader overleg vergen en die zich enkel lenen voor uitwerking in co-creatie tussen de betrokken zorgaanbieder en CZ zorgkantoor. Denk hierbij aan het concretiseren van afspraken voor samenwerking, tussentijds overleg en monitoring van de voortgang en uitkomsten van de nieuwe werkwijze.

Na de toekenning van het Free proposal is er ruimte voor dialoog waarin zorgaanbieder en CZ zorgkantoor de implementatie van het Free proposal uitwerken en afspraken en werkwijzen samen verder concretiseren. Dit proces zal plaatsvinden in overleg tussen de zorgaanbieder en zorginkoper. Deze concretisering betreft nadrukkelijk geen wezenlijke verandering aan het voorgestelde Free proposal, maar slechts een uitwerking hiervan – die de zorgaanbieder niet zonder inbreng van CZ zorgkantoor en eventuele andere stakeholders kan bewerkstelligen.

Hieronder staan mogelijke onderwerpen voor uitwerking gedurende de dialoofase na contractering. Afspraken over samenwerking:

- Wat heeft u nodig van het zorgkantoor?
- Ondersteuning vanuit externe onderwijsinstelling bij evaluatieproces, welke onderwijsinstelling en hoe geven we dit vorm?

Afspraken over financiering:

- Hoe verhoudt dit plan zich tot lopende projecten die gefinancierd worden vanuit de transitiemiddelen (co-creatie)?

Afspraken over evaluatie, borging en opschaling:

- Hoe geeft de zorgaanbieder samen met CZ zorgkantoor vorm aan het tussentijds monitoren, evalueren en bijstellen van het Free proposal plan?

- Hoe geeft de zorgaanbieder samen met CZ zorgkantoor vorm aan de eindevaluatie?
- Op welke manier wordt het budget via de tarieven toegekend, afgerekend en (indien van toepassing) bijgesteld?

Stap 5 - Contractering

Na de dialoofase worden de afspraken voor uitvoering definitief opgesteld en verwerkt in het addendum voor het Free proposal.

5.8 Regionaal beleid Transitiemiddelen 2024 - 2026

Dit regionaal beleid transitiemiddelen 2024-2026 betreft een aanvulling op het ZN document Aanvullende inkoopvoorwaarden en dient dus ook in samenhang daarmee gelezen te worden.

Aanvullende voorwaarden regionaal beleid Transitiemiddelen 2024-2026

Om de projecten zo goed als mogelijk aan te laten sluiten bij de regionale opgaves en het realiseren van de noodzakelijke omslag naar een toekomstbestendige, betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede ouderenzorg, past CZ zorgkantoor een aantal aanvullende voorwaarden toe:

- CZ zorgkantoor kan afhankelijk van de regionale context prioriteit geven aan projecten die bijdragen aan specifieke regionale opgaves. Voor de sector V&V geldt dat de projectplannen zo veel als mogelijk aansluiten bij de regionale opgaves zoals opgenomen in het regiobeeld (zie paragraaf 4.3).
- Er dient regionaal draagvlak te zijn voor het project. Bij voorkeur is een projectaanvraag voorafgaand aan de indiening besproken aan een regionale tafel waarbij de bestuurders van de zorgaanbieders binnen de sector zijn betrokken.
- Het plan komt logisch voort uit de Integrale strategische (verander)plannen van de betrokken organisaties.
- Resultaten van projecten worden ter beschikking gesteld aan de sector. In een projectaanvraag moet een deel zijn opgenomen ten behoeve van kennisdeling in de sector. Denk hierbij aan een vormvrije rapportage die openbaar ter beschikking wordt gesteld.
- De volgende kosten komen in elk geval niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de transitiemiddelen 2024-2026: hard- en softwarekosten, licentiekosten, afschrijvingskosten en werving- en selectiekosten.

De financiële afspraken voor 2024-2026 leggen we vast bij deerschikking

Zorgkantoren maken met zorgaanbieders afspraken over de inzet van deze middelen.

Op basis van dit beleid kunnen afspraken gemaakt worden voor de periode 2024-2026. Partijen leggen schriftelijk vast welke verplichtingen zij ten opzichte van elkaar aangaan en ondertekenen de afspraken. Financiering vindt plaats via een kassier (één van de betrokken zorgaanbieders) of direct aan de betrokken zorgaanbieders. De

financiële afspraken leggen we vast bij deerschikking in het jaar waar de plannen uitgevoerd worden. ^[1]

Hoewel plannen betrekking kunnen hebben op meerdere jaren, vindt de financiële afhandeling per jaar plaats.

Tussen partijen worden afspraken gemaakt over monitoring en verantwoording

De zorgaanbieder doet in het Integraal strategisch (verander)plan voor de projecten een voorstel op welke wijze de voortgang en resultaten worden gemonitord en verantwoord.

Dit voorstel nemen we mee in de beoordeling van het project. Verantwoording vindt plaats op basis van de gemaakte afspraken. Indien de afspraken niet of maar deels zijn uitgevoerd, gaan we hierover in gesprek waarbij in elk geval de optie van terugvordering door het zorgkantoor bestaat. Uitgangspunt is de verantwoordingslast te beperken.

Tijdspad

Ook voor de transitie-middelen 2026 geldt dat deze worden toegevoegd aan de contracteerruimte 2026. Hierdoor dienen deze middelen opgenomen te worden in het herschikkingsformulier 2026 van de NZa. De deadline voor indiening van dit formulier het NZa-portaal is 1 november 2026. Om tijdig te kunnen beginnen met de projecten in het jaar 2026 willen we uiterlijk 1 maart 2026 een keuze maken welke projecten we financieren. Als na dit beslismoment middelen overblijven, kunnen nog projecten worden ingediend en kunnen we projecten goedkeuren tot het moment dat de middelen op zijn. Na 1 maart informeren wij zorgaanbieders of en hoeveel middelen nog beschikbaar zijn. Indienen van aanvullende projectvoorstellen kan tot uiterlijk tot 1 juni 2026.

- Na publicatie Nota van Inlichtingen: In gesprek met de regio en indienen projectvoorstellen voor jaar t+1.
- Uiterlijk 1 december: indienen projectvoorstellen bij het zorgkantoor voor jaar t+1.
- Uiterlijk 1 maart: CZ zorgkantoor informeert de zorgaanbieders over de beslissing welke projecten transitie-middelen ontvangen en de hoogte van het te ontvangen bedrag voor het betreffende jaar.
- Periode 1 maart – 1 juni: indienen nieuwe projectvoorstellen voor het lopende jaar, zolang er regionaal en per sector middelen beschikbaar zijn voor het desbetreffende jaar.

Afspraken leggen we vast in de Wlz-overeenkomst

De afspraken met zowel de kassier als de uitvoerende zorgaanbieders leggen we vast in de Wlz-overeenkomst.

1 De financiële afspraken kunnen niet boven 100% van het NZa tarief uitkomen: In het geval dat de regio de voorkeur heeft dat alle regionale middelen voor één regio bij een zorgaanbieder met lage omzet terecht komen wordt dat tarief begrensd tot 100% en zal er een tweede kassier nodig zijn.

5.9 Hardheidsclausule

Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Onder onvoorzien verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt. De term onvoorzien wordt hier dus uitgelegd als onverwacht effect van de tariefsystematiek. Hierbij is het van belang dat u kunt aantonen dat u op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is. We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule.

U kunt bij uw zorgkantoor een aanvraagformulier hardheidsclausule opvragen. Dit aanvraagformulier is gemaakt om de informatie op te halen die noodzakelijk is voor de beoordeling van uw aanvraag. Het is belangrijk dat u dit formulier juist en volledig invult, zodat wij een goed beeld hebben van uw (toekomstige) financiële situatie. Als u een beroep doet op de hardheidsclausule, dient u het ingevulde aanvraagformulier naar het zorgkantoor te sturen via inschrijvingen.wlz@cz.nl.

Afhankelijk van de situatie kunnen we aanvullende documenten opvragen. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar.

Wij adviseren u om zo snel mogelijk na 5 september 2025 een aanvraag in te dienen voor de hardheidsclausule, doch uiterlijk voor de uiterste indieningsdatum van 25 september 2025. Na 25 september nemen wij de aanvragen niet meer in behandeling. U ontvangt uiterlijk 24 oktober 2025 een terugkoppeling van het zorgkantoor.

5.10. Overig

Overige bepalingen

Om de levering van bijzondere zorg te stimuleren of knelpunten gedurende het jaar samen te kunnen oplossen, kan CZ zorgkantoor waar nodig extra afspraken maken.

5.11 Bepaling van het volume en de omzet

De volumevaststelling is een sturingsinstrument. Als we in onderstaande tekst spreken over productieafspraken, bedoelen we daarmee de productieafpraak tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor, zoals die is vastgelegd in het offerte-pdf en eventuele aanpassingen daarop en *niet* het omzetniveau dat we indienen bij de NZa.

Voor de initiële afspraak 2026 stelt CZ zorgkantoor een productievolume per prestatie voor aan alle eerder gecontracteerde zorgaanbieders. Wij hanteren hierbij 95% van het volume ZZP, VPT, DTV en MPT. Dit wordt berekend over de beschikte productieafpraak van 2025 met een correctie op de volumes. De beschikte productieafpraak is gebaseerd op de geëxtrapoleerde realisatiecijfers januari tot en met juni 2025 + (juni 2025 / 30 dagen * 184 dagen). Dit wordt teruggekoppeld in de monitorterugkoppeling van september.

Om tot een initiële afspraak 2026 te komen, wordt de beschikte productieafpraak 2025 gecorrigeerd voor:

1. (kasjaarbasis)effecten;
2. niet toegestaan gedeclareerd volume op prestatieniveau;
3. eventuele wijzigingen naar aanleiding van het bestuurlijk overleg;
4. effecten als gevolg van overheidsmaatregelen.

De resterende 5% wordt niet per zorgaanbieder gereserveerd. CZ zorgkantoor houdt deze middelen beschikbaar om de keuze van de cliënt te volgen en om knelpunten op te lossen. CZ zorgkantoor publiceert eenmaal per kwartaal de stand zaken van de benutting van de contracteerruimte. Hiermee maken we zowel de ruimte in budgetten inzichtelijk, alsook waaraan we budget besteden.

Bij het maken van productieafspraken gelden de volgende uitgangspunten:

- De productieafspraken worden per zorgaanbieder per CZ zorgkantorregio gemaakt.
- Het vastgestelde budget op basis van de laatst gemaakte productieafpraak is het maximumbedrag voor vergoeding van de geleverde zorg.
- Als een zorgaanbieder zorg wil leveren op een prestatie waarvoor nog geen productieafspraken zijn, dan kan de zorgaanbieder een inhoudelijke gemotiveerde aanvraag indienen bij de zorginkoper waarin gespecificeerd is voor welke cliëntgroepen deze prestatie geleverd wordt en welke zorg er wordt geboden. De zorginkoper besluit vervolgens op de aanvraag.
- Maandelijks wordt bekeken of productieafspraken moeten worden herschikt op basis van de gedeclareerde zorg, met inachtneming van de betaalbaarheidsafspraken en de beschikbare contracteerruimte.
- De productieafpraak wordt ook aangepast als uit een (materiële) controle of benchmark blijkt dat de geleverde zorg niet op de juiste prestatie is gedeclareerd. De declaratie moeten dan worden omgezet naar de passende prestatie.

Productieafspraken met nieuwe zorgaanbieders worden op de volgende manier bepaald:

- Op basis van het aantal cliënten met een Wlz-indicatie dat de zorgaanbieder al in zorg heeft.
- Er wordt dus geen volume afgesproken per af te spreken zorgprestatie als de nieuwe zorgaanbieder nog geen Wlz-cliënten in zorg heeft. De productieafpraak wordt op de herschikkingsmomenten bijgesteld naar de omvang van de gedeclareerde zorg (goedgekeurde declaraties) binnen de gemaakte afspraken over de te leveren prestaties.

Dit op de voorwaarde dat de beschikbare contracteerruimte toereikend moet zijn.

5.12 Contracteerruimte 2026

Op het moment van de publicatie van dit zorginkoopdocument is de kaderbrief 2026 van VWS nog niet gepubliceerd. Daardoor is nog niet bekend wat de contracteerruimte in 2026 voor de zorgkantoren is. Ook zijn de beleidsregels 2026 nog niet bekend. Zodra de kaderbrief en de beleidsregels bekend zijn en indien zij leiden tot wijziging van dit zorginkoopdocument, zullen wij die wijzigingen opnemen in een Nota van Inlichtingen 2026. Wij behouden ons daarbij ook het recht voor om wijzigingen aan te brengen in dit zorginkoopdocument en dus, bijvoorbeeld de tariefpercentages 2026 voor zorgprestaties aan te passen.

Wij streven er samen met de zorgaanbieders naar om persoonsgerichte zorg van goede kwaliteit te realiseren die toegankelijk en betaalbaar is. CZ zorgkantoor draagt hier onder meer aan bij door de beschikbare middelen zo goed mogelijk te verdelen over de sectoren en de regio's. De regionale contracteerruimte is de maximale financiële ruimte die beschikbaar is voor de uitvoering van de Wlz in die regio. Overschrijding van dat maximum is uitgesloten. Als de continuïteit^[1] van zorg in een regio in gevaar komt en de daarop genomen maatregelen niet voldoende zijn, bekijken we of dat vanuit een andere regio opgevangen kan worden. Dit kan betekenen dat een tekort binnen de totale contracteerruimte van CZ zorgkantoor in 2025 wordt verrekend over alle partijen die een vergoeding vanuit de contracteerruimte ontvangen.

5.13 Betaalbare zorg

De Ambitie 2025 van ZN en de strategische doelen van CZ zorgkantoor bevestigen dat zorg zinvol en zuinig moet zijn om solidariteit in het systeem te behouden. Daarom blijft betaalbaarheid een belangrijk onderdeel van de zorginkoop. CZ zorgkantoor gaat graag het gesprek aan met zorgaanbieders om te bespreken of er naast de betaalbaarheidsinstrumenten die we al toepassen, oplossingen zijn waarmee de zorgverlening en de inzet van middelen verder geoptimaliseerd kunnen worden.

Betaalbaarheid heeft betrekking op het verbeteren van de balans tussen prijs, volume en kwaliteit van zorg. Een belangrijk aandachtspunt bij het bevorderen van betaalbare zorg is dat de zorg voldoende en kwalitatief goed blijft. Wat zijn de aandachtspunten voor een betere balans:

- CZ zorgkantoor bespreekt met zorgaanbieders in welke mate de inkoop van 'zorg met behandeling' noodzakelijk is.
- CZ zorgkantoor stimuleert zorgaanbieders om meer aanbod van zorg thuis te ontwikkelen, voor mensen die dat willen (VPT en MPT). Hiervoor zijn geen investeringen in gebouwen nodig.

Bij de zorginkoop voor 2024 - 2026 hanteren we de volgende instrumenten:

Intramuraal

- Verhouding ZZP inclusief en exclusief behandeling. Het uitgangspunt voor de maximaal te vergoeden verhouding inclusief en exclusief behandeling in jaar t is de verhouding uit de productieafspraken voor jaar t-1. Afhankelijk van de ontwikkelingen in jaar t en de beschikbare contracteerruimte, kan het zorgkantoor in de loop van het jaar overwegen om waar nodig een aanvullende afspraak te maken.

VPT

- CZ zorgkantoor vindt dat het VPT bijdraagt aan een zinvolle invulling van de Wlz-zorg.
- We vertrouwen erop dat zorgaanbieders actief het VPT aanbieden om het zorgaanbod meer divers te maken. Daarmee spelen zij beter in op de wens van de cliënt om langer thuis te blijven wonen en daar van zorg te worden voorzien.
- Wanneer iemand zorg ontvangt vanuit een VPT (of MPT) blijft deze ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Daar waar nodig verleent de huisarts medisch generalistische zorg in samenspel met een specialisten ouderengeneeskunde (SO) of arts verstandelijk gehandicapten (AVG). De huisartsenzorg wordt door de zorgverzekeraar betaald. De inzet van SO of AVG via de modulaire prestaties in de Wlz.
- Is de contracteerruimte beperkt, dan geven wij bij deerschikking voorrang aan VPT ten opzichte van ZZP.

1 *Het gaat hier om de kwantitatieve continuïteit, waarbij de zorg op een verantwoorde wijze geleverd moet kunnen worden.*

MPT

- De prestaties pv-speciaal, vp-speciaal en extramurale behandeling mogen alleen geleverd worden door zorgaanbieders die aantoonbaar werken binnen brede regionale zorgketens (zie paragraaf 4.2).
- Levering van Wlz-specifieke behandeling in de thuissituatie vindt plaats in samenhang met de andere zorg en in afstemming met de huisarts, SO en/of AVG geleverd.

Wij verwachten dat zorgaanbieders doelmatig werken. Per regio kunnen we besluiten andere betaalbaarheidsmaatregelen toe te passen als de zorgkosten in relatie tot de regionale contracteerruimte daar aanleiding toe geven. Ontstaan er in de CZ zorgkantoorregio's daadwerkelijk tekorten in de contracteerruimte, dan kan het nodig zijn om verder te sturen op bijvoorbeeld de prijs of volume. Hierbij kan o.a. op basis van betaalbaarheid onderscheid gemaakt worden tussen zorgaanbieders en/of tussen regio's.

5.14 Maatwerk in de zorgverlening

We kopen cliëntvolgend in, zodat we meer maatwerk kunnen aanbrengen in de afspraken met de zorgaanbieder over de zorgverlening. Om cliëntvolgend in te kopen wordt maandelijks bekeken of productieafspraken moeten worden herschikt op basis van de gedeclareerde zorg, met inachtneming van de betaalbaarheidsafspraken en binnen de beschikbare contracteerruimte.

Samen met de zorgaanbieder en de cliëntenraad zoeken we naar mogelijkheden en oplossingen die passen bij de behoeften en wensen van de individuele cliënt. In deze paragraaf geven we een toelichting op een aantal specifieke elementen die zijn gerelateerd aan de productieafspraken.

Casemanagement dementie binnen de Wlz

CZ zorgkantoor vindt dat mensen met dementie en hun mantelzorgers altijd aanspraak moeten kunnen maken op casemanagement dementie, onafhankelijk van de indicatie en over domeinen heen. Zorgaanbieders kunnen casemanagement dementie leveren aan Wlz-cliënten die zorg verzilveren via een MPT of overbruggingszorg. In een VPT- of ZZP-pakket is het casemanagement onderdeel van het totale pakket aan zorg.

Crisisbedden

We willen doelmatig met de leegstand van crisisbedden omgaan, zodat we de beschikbare middelen zo veel mogelijk kunnen inzetten voor daadwerkelijk geleverde zorg. Een bezet crisisbed moet worden gedeclareerd via de AW319 op de prestatie Z110 (crisisopvang V&V). Een onbezet bed wordt op dezelfde prestatie via de monitor gedeclareerd.

Declaraties boven de 365 dagen per jaar per afgesproken bed worden bij de nacalculatie niet vergoed.

Bij meer dan 50% leegstand op de crisisbedden wordt in de nacalculatie de helft van die leegstand vergoed boven op de bezette crisisdagen. Zie onderstaande drie rekenvoorbeelden:

Tabel 1: Rekenvoorbeeld crisisbed

	Voorbeeld 1	Voorbeeld 2	Voorbeeld 3
Productieafpraak	730 dagen	730 dagen	730 dagen
AW319: aantal dagen crisisbed bezet	387 dagen	365 dagen	340 dagen
Monitor: aantal dagen crisisbed onbezet	343 dagen	365 dagen	390 dagen
% onbezette dagen	47% onbezet	50% onbezet	53% onbezet
Vergoed in de nacalculatie	730 dagen	730 dagen	340 + 50% x 390 = 535 dagen

Zorgaanbieders die in 2024 Wlz-behandeling leveren en die hierover contractuele afspraken hebben met CZ zorgkantoor, ontvangen voor de geleverde productie ook in 2025 een vergoeding. In paragraaf 5.5 gaan we nader in op de wijze waarop de productieafspraken 2025 voor intramurale behandeling tot stand komen.

CZ zorgkantoor is van mening dat de zorgvraag van de cliënt het uitgangspunt is voor de afweging of zorg met verblijf inclusief of exclusief behandeling wordt geboden. Hierbij kan de zorgaanbieder gebruikmaken van een afwegingsinstrument om op individueel cliëntniveau tot een inhoudelijke afweging te komen. Daarmee is de financiering van de behandeling gekoppeld aan de cliënt en niet aan de verblijfsplaats. In overleg met de zorginkoper wordt dit besproken. Het afwegingsinstrument geeft inhoudelijk richting aan de beoordeling inclusief en exclusief behandeling. Voor zover dit instrument op individueel cliëntniveau niet bruikbaar is, is er ruimte om hierover in gesprek te gaan.

In de ZZP-V&V-tarieven exclusief behandeling van de NZa is een bedrag opgenomen voor 'behandeling op de achtergrond'. Met nieuwe zorgaanbieders gaan we het gesprek aan over het aantal behandelplaatsen.

Hoog-complexe zorg en beveiligde zorg

We continueren de gesprekken met zorgaanbieders om gezamenlijk (maatwerk)oplossingen te creëren voor hoog-complexe en beveiligde zorg. Voorbeelden hiervan zijn zorg op het snijvlak van de Gehandicaptenzorg / Verpleging & Verzorging en de GGZ, of GGZ-W 5 zorg met een beveiligingsvraag of cliënten met een artikel 28.a.

5.15 Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg

Op het moment van publiceren van dit document is er nog geen Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) afgesloten tussen betrokken partijen. Het streven is dat het HLO eind juni wordt ondertekend. Onder voorbehoud van een tijdige ondertekening van het HLO, publiceren zorgkantoren bij de nota van inlichtingen aanvullend inkoopbeleid 2026 in lijn met de in het HLO gemaakte afspraken.

6 Hoe ziet het inkoopproces er uit?

6.1. Het tijdpad van de inkoopprocedure

CZ zorgkantoor hanteert voor het zorginkoopproces het landelijk vastgestelde tijdpad voor het jaar 2026.

Tabel 2: Wat, wanneer en hoe?

Activiteiten Planning Hoe

Activiteiten	Planning	Hoe
1 Publicatie landelijke visie, regionaal zorginkoopdocument, conceptovereenkomst, concept-Bestuursverklaring en concept-Inschrijvingsverklaring 2026 en bijbehorende bijlagen door CZ zorgkantoor ^[1]	28 mei 2025	www.cz-zorgkantoor.nl
2 Mogelijkheid tot het stellen van vragen over het zorginkoopdocument 2026 en andere gepubliceerde documenten door zorgaanbieders ^[1]	Uiterlijk 13 juni 2025 tot 12:00 uur	Via het format Nota van Inlichtingen en indienen via inschrijvingen.Wlz@cz.nl
3 Publicatie Nota van Inlichtingen, definitieve overeenkomst, definitieve Inschrijvingsverklaring en definitieve Bestuursverklaring 2026 door CZ zorgkantoor ^[1]	Uiterlijk 1 juli 2025	www.cz-zorgkantoor.nl
4 Opening inschrijving	1 juli 2025	www.cz-zorgkantoor.nl Via deze website doorklikken naar de digitale inschrijfmodule
5 Sluitingstermijn inschrijving via de digitale inschrijfmodule	31 juli 2025 om 17:00 uur	Een digitale inschrijving via de inschrijfmodule VECOZO zorginkoopportaal, te vinden via een link op www.cz-zorgkantoor.nl
6 Verzending bericht of de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een overeenkomst, dan wel een aanvullende informatievraag ^[1]	Uiterlijk 2 september 2025	Per e-mail
7 Publicatie definitieve richttariefpercentage	Uiterlijk 5 september 2025	Per e-mail en via www.cz-zorgkantoor.nl
8 Verzending bericht of de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een Free proposal.	Uiterlijk 30 september 2025	Per e-mail
9 Aanbieden (indien van toepassing) van de overeenkomst	Uiterlijk 24 oktober 2025	Digitaal via het VECOZO zorginkoopportaal
10 Verzending door zorgkantoor aan zorgaanbieder van de initiële budgetafpraak 2026 ^[1]	Uiterlijk 24 oktober 2025	Per e-mail
11 Aanlevering (indien van toepassing) door zorgaanbieders van de getekende overeenkomst	6 november 2025	Digitaal via inschrijfmodule VECOZO zorginkoopportaal
12 Indiening initiële budgetafpraak bij NZa	Voor 14 november 2025	Conform NZa-procedure
13 Aanbieden (indien van toepassing) addendum Free proposal	Streefdatum 2 december 2025	Digitaal via het VECOZO zorginkoopportaal
14 Aanlevering door zorgaanbieders (indien van toepassing) van getekend addendum Free proposal	Streefdatum 16 december 2025	Digitaal via het VECOZO zorginkoopportaal

¹ * In geval van bezwaar en/of kort geding: schriftelijk bij CZ zorgkantoor, uitsluitend via het e-mailadres inschrijvingen.Wlz@cz.nl en eventueel daarna door dagvaarding in kort geding, voorafgegaan door een bezwaar, binnen 20 kalenderdagen na publicatie van het document waartegen bezwaar gemaakt wordt. Het kort geding dient aanhangig te worden gemaakt bij de voorzieningenrechter bij de rechtbank te Den Haag. CZ zorgkantoor herinnert eraan dat voor beide rechtsmiddelen de termijn van 20 kalenderdagen een vervaltermijn is, waardoor na het verstrijken van die termijn niet meer tegen een document of beslissing kan worden opgekomen. Het staat een zorgaanbieder vrij om alleen bezwaar te maken tegen een document of beslissing, maar dat schorst de voortgang van de procedure niet.

6.2. CZ zorgkantoor hanteert de volgende uitgangspunten voor de zorginkoop

Als zorgaanbieder schrijft u in bij die zorgkantoren die verantwoordelijk zijn voor de regio waarbinnen u zorg levert of wilt leveren

De fysieke locatie waar u zorg levert, bepaalt met welk zorgkantoor u een contract kunt sluiten, op basis van de in die regio geldende inkoopvoorwaarden (inclusief tarief). In het grensgebied tussen zorgkantoren kunnen vraagstukken ontstaan. Wij vragen u dit bij de inschrijving aan te geven, zodat we tot een werkbare oplossing kunnen komen.

Hierbij gaat het om de feitelijke woonplaats van de cliënt en niet om het postadres van de cliënt. We maken hierop twee uitzonderingen:

1. Gespecialiseerde zorgaanbieders met een expertisefunctie. Hierbij valt te denken aan Borg-instellingen, klinieken voor intensieve behandelingen en ZG-instellingen, of zorgaanbieders gespecialiseerd in epilepsiezorg. Dit geldt alleen voor de capaciteit verbonden aan de expertisefunctie. Bijvoorbeeld Borg-instellingen: alleen de SGLVG-behandelplaatsen behoren tot deze uitzondering, de andere plaatsen niet.
2. Kleine woonlocaties in de GZ van zes of minder personen met een Wlz-indicatie, tenzij de zorgaanbieder hier zelf om verzoekt.

Gebruik maken van onderaannemers voor het leveren van zorg moet gemeld worden

Gebruik maken van onderaannemers voor het leveren van zorg moet gemeld worden

Volgens bijlage 2 van de bestuursverklaring of bijlage 1 van de inschrijvingsverklaring moet u bij inschrijving aangeven of u in 2026 al dan niet van plan bent te werken met onderaannemers. [1] Zorgaanbieders kunnen ook in de loop van het jaar nieuwe onderaannemers inzetten voor zorglevering. Volgens de overeenkomst maakt u dat vooraf aan CZ zorgkantoor kenbaar. [2] Wij willen weten welke onderaannemers actief zijn en voor welk deel van de productie zij ingezet worden. Onze richtlijn is dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Aanvullend geldt dat het niet is toegestaan om een ZZP- of VPT-pakket volledig door een onderaannemer te laten leveren, tenzij het zorgkantoor daar toestemming voor geeft. De zorgaanbieder die een onderaannemer inzet voor zorglevering blijft altijd volledig verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg door de onderaannemer. De zorglevering door de onderaannemer moet dan ook aan alle eisen voldoen die CZ zorgkantoor aan de zorglevering van de hoofdaannemer stelt.

Van PGB naar zorg in natura

Als blijkt dat zorgaanbieders op basis van de cliëntvraag over willen gaan van PGB naar zorg in natura, dan nodigt CZ zorgkantoor deze zorgaanbieder uit om zich als nieuwe zorgaanbieder in te schrijven bij CZ zorgkantoor. Naar aanleiding van de inschrijving gaat CZ zorgkantoor over tot contractering van een PGB zorgaanbieder als de betrokken zorgaanbieders aan alle voorwaarden voldoen.

Wij zetten de komende jaren actiever in om PGB daar waar het kan en daar waar de cliënt het wil, om te zetten naar zorg in natura. Dit doen we zowel bij wooninitiatieven als bij zorg geleverd in een combinatie van PGB en ZIN.

Bij combinatie PGB en ZIN: alles omzetten naar ZIN.

Ook willen wij kijken of er mogelijkheden zijn om PGB's die alleen voor bijvoorbeeld dagbesteding of huishoudelijke hulp worden ingezet, om te zetten naar zorg in natura. Dit kan als de PGB zorgverlener al een zorg in natura contract heeft of onderaannemer is van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

Dit beleid is nog in ontwikkeling. We willen hiermee onder andere de administratieve lasten verminderen en de kwaliteit van de zorg beter borgen. Het kan zijn dat wij u de komende tijd benaderen voor een gesprek om hierover met ons mee te denken. Heeft u hierover zelf ideeën, bespreek dit met uw zorginkoper.

1 Voor de definitie van onderaanneming verwijzen wij naar de overeenkomst.

2 Zie Artikel 10 lid 1 van Deel III: Algemeen deel van de Wlz-overeenkomst en de Bestuursverklaring onder punt 4.

6.3. Wanneer bent u een bestaande of nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?

In de inkoopprocedure maken we onderscheid tussen de bestaande en nieuwe zorgaanbieders.

Bestaande zorgaanbieder:

1. Bestaand voor het zorgkantoor: zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt.
 2. Bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor: zorgaanbieder die nieuw is voor het zorgkantoor waar ingeschreven wordt, maar op het moment van inschrijven al wel een overeenkomst heeft met ten minste één ander zorgkantoor voor minimaal het hele kalenderjaar 2025 en waarbij hij ten minste vanaf 1-1-2025 ook daadwerkelijk zorgkosten declareert.
1. Voor de definitie van onderaanneming verwijzen wij naar de overeenkomst.
2. Zie Artikel 10 lid 1 van Deel III: Algemeen deel van de Wlz-overeenkomst en de Bestuursverklaring onder punt 4.

Nieuwe zorgaanbieder:

1. Nieuwe zorgaanbieder:
 - a. zorgaanbieder die op het moment van inschrijven met nog geen enkel zorgkantoor een overeenkomst heeft.
 - b. zorgaanbieder die nieuw is voor het zorgkantoor waar ingeschreven wordt en op het moment van inschrijven al wel een Wlz-overeenkomst met een ander zorgkantoor heeft maar niet voor het hele kalenderjaar 2025 of wel voor het hele kalenderjaar 2025 maar daarbij niet ten minste vanaf 1-1-2025 daadwerkelijk zorgkosten declareert. Een dergelijke zorgaanbieder is voor het zorgkantoor waar voor het eerst voor 2026 ingeschreven wordt, een nieuwe zorgaanbieder.

6.4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?

Zorgkantoren maken verschillende afspraken met zorgaanbieders. De volgende type afspraken behoren tot de mogelijkheden:

- Bestaande zorgaanbieders met een lopende overeenkomst van 3 jaar voor de periode 2024-2026
- [Bestaande zorgaanbieders met een lopende overeenkomst van 2 jaar voor de periode 2025-2026](#);
- Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', die het hele aan 2026 voorafgaande jaar een eenjarige overeenkomst hebben gehad, komen in aanmerking voor een overeenkomst voor een jaar (2026).
- Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' die een overeenkomst voor een deel van het aan 2026 voorafgaande jaar hebben gehad, komen in aanmerking voor een overeenkomst voor één jaar (2026);
- Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' komen in aanmerking voor een overeenkomst van één jaar (2026);
- Nieuwe zorgaanbieders komen in aanmerking voor een eenjarige overeenkomst (2026).

Voor alle typen overeenkomsten geldt de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst twee keer met een jaar eenzijdig te verlengen.

Vervolgens gelden de volgende bepalingen:

- het tarief en het volume worden jaarlijks vastgesteld conform de procedure zoals vermeld in het geldende zorginkoopdocument, ongeacht de contractduur;
- indien de overeenkomst in de loop van de contractperiode aanpassingen kent, zijn deze onverkort van toepassing en zorgaanbieders moeten dan ook aan de dan geldende voorwaarden voldoen;
- de meest actuele versies van het zorginkoopdocument en de bijlagen zijn van toepassing.

- de ZN Instemmingsverklaring voor zorgaanbieders wordt door CZ zorgkantoor niet als apart document gehanteerd maar is integraal opgenomen in de Inschrijvingsverklaring van CZ zorgkantoor.

6.5. Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst

De eisen voor de inschrijving zijn landelijk opgesteld

Bij de inschrijving wordt onderscheid gemaakt tussen de bestaande en nieuwe zorgaanbieders en tussen de verschillende soorten bestaande zorgaanbieders. Hieronder wordt toegelicht welke documenten in de betreffende situaties moeten worden ingediend.

U heeft overeenkomst tot en met 31 december 2026 met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt (bestaand voor het zorgkantoor met een driejarige of tweejarige overeenkomst): Inschrijvingsverklaring

Zorgaanbieders verklaren met het tekenen van een inschrijvingsverklaring dat:

- Zij voldoen en blijven voldoen aan de gestelde voorwaarden voor contractering 2026;
- Er geen uitsluitingsgronden zoals geformuleerd in de Bestuursverklaring 2026 op hen van toepassing zijn;
- Zij de voorwaarden van de overeenkomst Wlz 2026 met bijbehorende bijlagen aanvaarden.

U heeft een eenjarige overeenkomst tot en met 31 december 2025 met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt (bestaand voor het zorgkantoor met een eenjarige overeenkomst): bestuursverklaring en inschrijvingsverklaring.

Met de volledig ingevulde en ondertekende bestuursverklaring en inschrijvingsverklaring verklaart u dat uw organisatie vanaf de datum van inschrijving, tenzij anders is aangegeven, voldoet aan de daarin opgenomen eisen en dat u gedurende de looptijd van de overeenkomst aan die eisen blijft voldoen. Als zorgaanbieder verklaart u te voldoen aan geldende wet- en regelgeving, de gestelde geschiktheidseisen en de gestelde eisen aan onderaanneming. Ook geeft u in de bestuursverklaring aan dat er geen uitsluitingsgronden van toepassing zijn.

Bovengenoemde zorgaanbieders hoeven bij de inschrijving naast de bestuursverklaring en inschrijvingsverklaring geen aanvullende documenten aan te leveren ter onderbouwing. Als er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de eerdere inschrijvingsdocumenten en/of overeenkomst moet u dit melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aanleveren. Zorgaanbieders moeten, ook wanneer er geen wijzigingen zijn, desgevraagd de onderbouwende stukken bij de bestuursverklaring danwel inschrijvingsverklaring aan het zorgkantoor kunnen overleggen. Wanneer zorgaanbieders van plan zijn nieuw zorgaanbod te ontwikkelen, kan hierop een toelichting gevraagd worden bij de inschrijving.

U bent een bestaande zorgaanbieder en wilt met een voor u nieuw zorgkantoor een overeenkomst sluiten ('Bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor'): bestuursverklaring, inschrijvingsverklaring en een ondernemingsplan.

Als u al een overeenkomst heeft met een zorgkantoor en u wilt een overeenkomst sluiten met een ander, voor u nieuw zorgkantoor en u voldoet aan de definitie van Bestaande zorgaanbieder in de zin van 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor', dan levert u bij de inschrijving alleen de bestuursverklaring, de inschrijvingsverklaring en een beknopt ondernemingsplan (tenminste het bedrijfs- en financieel plan (zie paragraaf 6.8 en 6.9 van dit inkoopkader)) aan. Het is niet nodig om informatie ter onderbouwing van de bestuursverklaring aan te leveren, omdat u al door een ander zorgkantoor bent gecontracteerd voor het leveren van Wlz-zorg. Zorgkantoren wisselen, indien nodig, onderling overige aanvullende informatie uit.

U bent een nieuwe zorgaanbieder: bestuursverklaring, inschrijvingsverklaring, een ondernemingsplan en documenten ter onderbouwing.

Nieuwe zorgaanbieders moeten, naast de bestuursverklaring, de inschrijvingsverklaring en het ondernemingsplan, een aantal documenten ter onderbouwing van de bestuursverklaring meesturen. Het is van belang dat uw inschrijving volledig is en u alle gevraagde documenten bij de inschrijving aanlevert.

Wat u moet aanleveren bij de inschrijving en aan welke voorwaarden u moet voldoen, staat beschreven in paragraaf 6.8 en 6.9.

6.6. Contractering nieuwe zorgaanbieders

Zorgkantoren werken samen met zorgaanbieders om kwalitatief zo goed mogelijke zorg te leveren. Vertrouwen is de basis voor een goede samenwerking. Met Wlz-zorg is veel geld gemoeid. Helaas zijn er altijd situaties waarin mensen en organisaties op oneigenlijke manier gebruik maken van de schaarse collectieve middelen. Daarom is het nodig om gedetailleerde geschiktheidseisen te stellen aan nieuwe zorgaanbieders

Het zorgkantoor beoordeelt de inschrijving aan de hand van de volgende stappen

Bij de beoordeling van zorgaanbieders voeren zorgkantoren de volgende beoordelingsstappen uit:

1. Controle op volledigheid van de inschrijving;
2. Controle van hetgeen is verklaard in de bestuursverklaring en inschrijvingsverklaring en indien van toepassing, beoordeling van de bij de inschrijving gevoegde documenten;
3. Nieuwe zorgaanbieder en bestaande zorgaanbieder maar nieuw voor het zorgkantoor: mogelijk een inhoudelijk gesprek, bij voorkeur op locatie van de zorgaanbieder.

Alleen met een juiste en volledige inschrijving komt u voor een overeenkomst in aanmerking

Zorgkantoren bekijken na sluiting van de inschrijving of de inschrijving volledig en juist is. Onvolledige inschrijvingen worden niet beoordeeld, bijstelling en aanvulling op initiatief van de zorgaanbieder is niet toegestaan. Een inschrijving is volledig wanneer:

- De bestuursverklaring en inschrijvingsverklaring zijn aangeleverd, én;
- Alle onderbouwende documenten bij de inschrijving zijn bijgevoegd (conform het overzicht 'aan te leveren documenten' in Bijlage 3 én;
- Eventuele onderbouwende documenten, zoals vereist in het regionale beleid, zijn ingevuld, dan wel bijgevoegd.

Als een of meer van de volgende situaties zich voordoet, nemen we de inschrijving niet in behandeling, dan wel wordt deze uitgesloten:

- Inschrijvingen die niet tijdig zijn aangeleverd, dan wel onvolledig zijn, onjuiste informatie bevatten of om enige andere reden ongeldig zijn;
- Een zorgaanbieder verstrekt onjuiste en/of valse gegevens;
- Indien niet voldaan wordt aan één of meer van de gestelde geschiktheidseisen of overige eisen zoals genoemd in de bestuursverklaring, ook in het geval de zorgaanbieder bij de inschrijving aangeeft (ten tijde van de contractperiode) niet te kunnen voldoen aan de (geschiktheids)eisen;
- Indien één of meer van de uitsluitingsgronden zoals genoemd in de bestuursverklaring op de zorgaanbieder van toepassing is/zijn;
- Indien uit de inschrijving blijkt dat een zorgaanbieder niet akkoord gaat met de in het inkoopkader gestelde eisen en voorwaarden;
- Als er geen positieve uitkomst is van een door het zorgkantoor ingesteld onderzoek bij gerezen twijfel of een zorgaanbieder de ingediende offerte volledig dan wel gedeeltelijk waar kan maken.

Bevoegdheid tot het vragen van een toelichting

Zorgkantoren hebben na inschrijving de bevoegdheid (maar niet de verplichting) om een zorgaanbieder te vragen zijn inschrijving toe te lichten. De zorgaanbieder heeft dan vijf werkdagen de tijd om de gevraagde toelichting aan te leveren bij het zorgkantoor. Hierna kan de inschrijving definitief worden beoordeeld. Aan het enkel vragen om een (nadere) toelichting door het zorgkantoor kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend.

Als de inschrijving van de zorgaanbieder wordt afgewezen n.a.v. de inschrijving uiterlijk 31 juli 2024 17:00 uur, heeft de zorgaanbieder nog een keer de mogelijkheid om opnieuw in te schrijven voor het betreffende jaar. Hiervoor gelden de procedures voor tussentijds contracteren.

Controle van hetgeen is verklaard in de bestuursverklaring en inschrijvingsverklaring en beoordeling van de bij de inschrijving gevoegde documenten

Als de inschrijving volledig is, controleert het zorgkantoor wat de bestuurder heeft verklaard over zijn organisatie in de bestuursverklaring en inschrijvingsverklaring. Het gaat niet alleen om controle van wat is ingevuld in de bestuursverklaring en inschrijvingsverklaring, maar ook om beoordeling en controle van de documenten die nieuwe zorgaanbieders (maar ook bestaande zorgaanbieders maar nieuw voor het zorgkantoor (zie paragraaf 6.5) ter onderbouwing moeten aanleveren (zie voor het overzicht Bijlage 3).

Een integriteitstoets kan deel uitmaken van de beoordeling. Zorgkantoren kunnen hiervoor bij de inschrijving relevante informatie opvragen bij zorgaanbieders. De integriteitstoets is een verantwoordelijkheid van het zorgkantoor en bevat een toets op de uitsluitingscriteria. Dit is een toets die op andere bronnen is gebaseerd dan een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) van de Rechtspersoon, die afgegeven wordt door het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Een inhoudelijk gesprek, bij voorkeur op locatie

Of het zorgkantoor daadwerkelijk een overeenkomst (onder voorwaarden) aangaat met een nieuwe zorgaanbieder

[1], is mede afhankelijk van de beoordeling van het ondernemingsplan, de cliëntgerichtheid van de zorg en de toegevoegde waarde die de zorgaanbieder heeft voor de regio. In het ondernemingsplan presenteert de zorgaanbieder zijn organisatie, hoe en welke Wlz-zorg hij wil gaan leveren en op welke locatie(s) in welke gemeenten. Zorgkantoren willen graag een goede toets kunnen uitvoeren op borging van kwaliteit én continuïteit van zorg door de nieuwe zorgaanbieder en de focus op de Wlz-doelgroep (expertise en ervaring). Alleen een ondernemingsplan biedt daarvoor niet altijd voldoende inzicht. De vereisten voor het ondernemingsplan, dat verplicht bij de inschrijving moet worden ingediend, staan in het overzicht 'aan te leveren documenten' in paragraaf

6.8 en in paragraaf 6.9 genoemd. In de laatste fase van de beoordeling kan een gesprek plaatsvinden tussen het zorgkantoor en de nieuwe zorgaanbieder (bij voorkeur op locatie). In dit gesprek wordt verder ingezoomd op de visie, de organisatie en de kwaliteit van de zorg. Dit gesprek is onderdeel van de beoordeling.

Wanneer vindt het gesprek plaats?

Zorgkantoren gaan, in gesprek met nieuwe zorgaanbieders die positief zijn beoordeeld op de eerste twee beoordelingsaspecten (juiste, volledige inschrijving en controle bestuursverklaring en de met de inschrijving meegestuurde documenten). De nieuwe zorgaanbieder ontvangt na de eerste twee beoordelingsaspecten een verzoek om een afspraak, bij voorkeur op locatie van de zorgaanbieder. Afhankelijk van het aantal aanmeldingen van nieuwe zorgaanbieders kan het echter zijn dat het eerste gesprek bij het zorgkantoor plaatsvindt. Als de inschrijving leidt tot een overeenkomst, dan vindt voor de ingang van de daadwerkelijke overeenkomst alsnog een gesprek plaats bij de zorgaanbieder op locatie. De gesprekken vinden voor 7 oktober 2024 plaats.

In het gesprek wordt onder andere getoetst of het beeld van de zorg en de toelichting van de directie/bestuurder(s) overeenkomt met wat is beschreven in het ondernemingsplan.

Zorgkantoren beoordelen het ondernemingsplan en het eventuele gesprek

Of nieuwe zorgaanbieders [1] een overeenkomst krijgen aangeboden, wordt beoordeeld door het zorgkantoor. In deze laatste fase van de beoordeling kunnen onder andere, maar niet uitsluitend, de volgende redenen tot afwijzing van nieuwe zorgaanbieders leiden:

- Een onvoldoende transparante bestuursstructuur;
- Een negatief eigen vermogen of financieel slechte positie;
- Het ondernemingsplan is onvoldoende toekomstbestendig, reëel of haalbaar;
- Beoordeling van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) naar aanleiding van het bezoek (onder andere) in het kader van de melding op grond van de Wtza dat de basiskwaliteit niet op orde is en/of er onvoldoende vertrouwen is in verbetering op korte termijn;
- Afspraken over samenwerking in de keten zijn niet of onvoldoende geborgd;
- Bevindingen op basis van de integriteitstoets;
- Een of meerdere gegronde klachten bij zorgkantoor en/of zorgverzekeraar die ernstig van aard waren en waarover in het gesprek geen lerend effect duidelijk werd gemaakt;

- Het beeld vanuit het gesprek met bestuurder(s) en het bezoek op locatie is niet consistent met het ondernemingsplan.

Positieve beoordeling

Zorgaanbieders die correct hebben ingeschreven en die positief beoordeeld zijn, ontvangen een overeenkomst (onder voorwaarden) voor Wlz-zorg.

Aan de overeenkomst kunnen voorwaarden verbonden worden

1 Daar waar hier en hieronder in de tekst 'nieuwe zorgaanbieder(s)' staat, moet ook 'bestaande zorgaanbieder(s) maar nieuw voor het zorgkantoor' gelezen worden, indien en voor zover het gaat om de beoordeling van het ondernemingsplan (zie paragraaf 6.5 en zie ook voetnoot 6 hieronder) en het gesprek op locatie. Dit alles voor zover van toepassing op en aangepast aan de situatie van de bestaande zorgaanbieder maar nieuw voor het zorgkantoor.

Wanneer nieuwe zorgaanbieders op het moment van het indienen van de inschrijving nog inregeltijd nodig hebben om aan bepaalde voorwaarden te voldoen, ontvangen zij een overeenkomst onder voorwaarden. Inregeltijd is uitsluitend mogelijk voor vereisten die zorgkantoren daarvoor hebben aangewezen. Het gaat om vereisten die ingeregeld moeten zijn op het moment van zorglevering of uiterlijk zes maanden na ingangsdatum van de overeenkomst. Voor welke items inregeltijd mogelijk is, staat beschreven in het overzicht 'aan te leveren documenten' in bijlage 3.

6.7. Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring?

In de Nota van Inlichtingen geven we antwoord op de vragen over het inkoopproces

Een inkoopprocedure vraagt mogelijk om verduidelijking. Daarom bieden we de mogelijkheid om vragen te stellen. [Hierbij is het alleen mogelijk om vragen te stellen over gewijzigde, groene teksten.](#)

Vanaf de datum van publicatie krijgen zorgaanbieders tot uiterlijk 13 juni 2024 12.00 uur de gelegenheid om vragen te stellen via het Format Nota van Inlichtingen (Excel-bestand), dat op de website van CZ zorgkantoor wordt gepubliceerd. De vragen moeten via dit formulier worden gesteld (en dus niet in een Word-document of een eigenformat). De vragen kunnen uitsluitend worden ingediend via het e-mailadres inschrijvingen.Wlz@cz.nl. Vragen die op een andere manier of via een ander kanaal worden ingediend, nemen wij niet in behandeling. Na deze datum is er geen gelegenheid meer om vragen te stellen.

Zorgkantoren beantwoorden de gestelde vragen uiterlijk op 1 juli 2024 in een Nota van Inlichtingen. Veel voorkomende vragen zullen we niet letterlijk opnemen en beantwoorden, maar samenvoegen en van een antwoord voorzien. De gepubliceerde Nota van Inlichtingen prevaleert boven de inkoopdocumenten en maakt onderdeel uit van deze inkoopprocedure.

De zorgkantoren kunnen de procedure wijzigen

Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure vast te stellen. Van die mogelijkheid zal in ieder geval gebruik worden gemaakt als sprake is van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die:

- Van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte; of
- Van invloed zijn op de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dient te maken; of
- Een wijziging betreffen van de beleidsregels of een voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg.

Aanpassingen aan de procedure kunnen divers zijn

Zorgkantoren behouden zich het recht voor om zonder enige schadevergoedingsplicht de volgende aanpassingen te doen:

- Gehele of gedeeltelijke aanpassing of opschorting van de procedure – tussentijds, tijdelijk of definitief – om redenen die voor ons overtuigend zijn. Hieronder verstaan we mede externe omstandigheden als overheidsbeslissingen of gerechtelijke uitspraken;
- De procedure gedeeltelijk stoppen en het overige deel voortzetten;
- Het aanbrengen van wijzigingen in de procedure of in de aard en de omvang van de zorgprestaties die we inkopen;
- Het nemen van besluiten of treffen van maatregelen voor situaties die tijdens de publicatie van dit document niet bij ons bekend waren of die we niet konden voorzien;
- Het wijzigen van de tijdsplanning.

Zorgkantoren nemen maatregelen jegens zorgaanbieders wanneer hier aanleiding toe is

Wanneer tijdens de looptijd van de overeenkomst blijkt dat zorgorganisaties afspraken niet nakomen, niet aan gestelde voorwaarden blijken te kunnen voldoen of hun financiële positie of kwaliteit onder druk staat, dan treffen zorgkantoren passende maatregelen. De mogelijke maatregelen die door het zorgkantoor genomen kunnen worden, staan vermeld in de overeenkomst Wlz en in bijlage 2 Sanctiebeleid. Deze opsomming is niet limitatief.

6.8. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders

Bij de inschrijving moet de bestuursverklaring ingevuld worden. Daarbij moet voor een aantal items met documentatie aangetoond worden dat er wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden. Hieronder worden de gestelde eisen inzichtelijk gemaakt en staat vermeld wat bij inschrijving aan documentatie moet worden meegestuurd. De bewijsstukken voor de eisen die gelden op het moment van zorglevering en na zes maanden van ingangsdatum van de overeenkomst kunnen desgewenst door het zorgkantoor opgevraagd worden.

In bijlage 3 staat het overzicht van aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders.

6.9. Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders

Het ondernemingsplan is opgebouwd uit de volgende elementen:

Organisatie-inrichting

Nieuwe zorgaanbieders beschrijven ten aanzien van de organisatie-inrichting ten minste:

- leden van de Raad van Bestuur of directie;
- leden van het onafhankelijk, statutair geborgd toezichthoudend orgaan (bijvoorbeeld Raad van Toezicht);
- leden van de cliëntenraad, of andere vorm van medezeggenschap van cliënten als de zorgaanbieder op grond van de Wmcz niet verplicht is een cliëntenraad in te stellen (uiterlijk gereed zes maanden na ingangsdatum overeenkomst);
- Implementatie van de vigerende Governancecode Zorg (uiterlijk gereed op moment van zorglevering);
- Toelichting op een eventuele holding- of concernconstructie;
- Een organogram van de juridische structuur van de zorgaanbieder.

Missie en strategie

Gevraagd wordt in het ondernemingsplan een korte beschrijving te geven van de algemene bedrijfsdoelstelling, missie en strategie van de zorgaanbieder.

Bedrijfsplan

Het onderdeel bedrijfsplan beschrijft welke zorg de zorgaanbieder wil gaan leveren en welke rol hij wil vervullen in de regio. Bij dit onderdeel wordt ten minste ingegaan op:

- Aan welke doelgroep, welke leveringsvormen, welke zorgprestaties (in termen van de NZa beleidsregels), welke aantallen en waar zorg wordt geleverd/gaat worden geleverd;
- Op welke wijze het geoffreerde aanbod zich onderscheidt van dat van andere zorgaanbieders;
- Hoe de levering van zorg door voldoende personeel met de benodigde kwalificaties geborgd is. Een overzicht van het aantal personeelsleden en het deskundigheidsniveau in relatie tot de doelgroep is hierbij vereist. Als er nog geen personeel in dienst is, dan volstaat een beschrijving van welk type gekwalificeerd personeel in dienst genomen zal worden, zodra er klanten in zorg komen;
- Indien van toepassing een toelichting op de ervaring die de zorgaanbieder al heeft in het leveren van zorg (Wmo/Zvw/PGB);
- De (toekomstige) rol en/of functie in samenwerkingsverbanden waaraan de nieuwe zorgaanbieder reeds deelneemt of gaat deelnemen. De zorgaanbieder toont aan op welke wijze hij samenwerking met bijvoorbeeld gemeenten, ketenpartners, huisartsen, dementienetwerken of met andere zorgaanbieders heeft geborgd;
- Implementatie en naleving vigerende 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.

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 een positief resultaat verwacht wordt, waardoor borging van de continuïteit van zorg aannemelijk is.

Het zorgkantoor betreft eveneens de jaarrekeningen van de voorafgaande jaren (2022 en 2023) bij de beoordeling van de financiële positie van de zorgaanbieder, tenzij de zorgaanbieder een startende organisatie is waar nog geen jaarrekening van is vastgesteld.

De zorgaanbieder levert de enkelvoudige jaarrekeningen 2022 en 2023 bij dit onderdeel van het ondernemingsplan aan. Ook de Geconsolideerde jaarrekeningen 2022 en 2023 van een eventuele (groot)moedermaatschappij levert de zorgaanbieder bij dit plan aan. Daarnaast bevat het financieel plan een realistische begroting voor 2025. Zie voor de nadere specificaties het Overzicht aan te leveren documenten in bijlage 3.

7 Inschrijvingsprocedure 2026

7.1. Wanneer kunt u inschrijven?

De deadline voor het indienen van een digitale inschrijving is 31 juli 2025 om 17.00 uur

U schrijft in bij het zorgkantoor verantwoordelijk voor de regio waar uw cliënten wonen, als u met ingang van 1 januari 2026 in aanmerking wilt komen voor een overeenkomst. De inschrijving vindt volledig plaats via het VECOZO portaal. Dit portaal kunt u vinden op onze website.

Tussentijds inschrijven kan van 1 december 2025 tot 2 maart 2026 17.00 uur

Zorgaanbieders die verwachten pas in de loop van 2026 te starten, wijzen we op de mogelijkheid om tussentijds te contracteren. Zorgkantoren streven naar een beoordelingstermijn van ongeveer twee maanden, na de hierboven genoemde datum van 2 maart 2026. Voor het tussentijds inschrijven volgt u de procedure die behoort bij het type zorgaanbieder waar u onder valt (zie paragraaf 6.5).

Zorgaanbieders die naar aanleiding van een inschrijving gedaan uiterlijk 31 juli 2025 17:00 uur zijn afgewezen, hebben nog één keer de mogelijkheid om via tussentijds contracteren opnieuw in te schrijven voor een overeenkomst voor 2026.

Een nieuwe zorgaanbieder kan zich melden door via het VECOZO portaal volledig in te schrijven. Vooraf contact met het zorgkantoor is niet nodig. Als dit toch wenselijk is, kunt u een mail sturen naar

inschrijvingen.Wlz@cz.nl. Wij nemen dan binnen drie werkdagen contact met u op.

7.2. Sectorale inschrijving

Een zorgaanbieder kan slechts voor één sector inschrijven. Hij schrijft in voor de sector die hij op basis van zijn beleidsvisie als zijn kernactiviteit beschouwt. In alle CZ zorgkantoorregio's moet hij voor dezelfde sector inschrijven. Als een zorgaanbieder in meerdere CZ zorgkantoorregio's voor meerdere sectoren inschrijft, bepaalt CZ zorgkantoor zelf voor welke sector de inschrijving in behandeling wordt genomen. De andere inschrijvingen worden terzijde gelegd.

Voor zorgaanbieders die in verschillende sectoren actief zijn, blijft de mogelijkheid bestaan om voor al hun diensten productieafspraken te maken. Als een zorgaanbieder voor een andere sector inschrijft dan waarin hij werkzaam is, komen de consequenties daarvan voor rekening en risico van de zorgaanbieder. CZ zorgkantoor vraagt dan ook om de keuze voor de sector zorgvuldig te maken.

Wanneer de zorgaanbieder in meerdere CZ zorgkantoorregio's zorg wil bieden, kan hij volstaan met één inschrijving en geeft hij in de Inschrijvingsverklaring aan in welke regio's hij zorg wil leveren. Daarbij geldt wel de hiervoor gestelde voorwaarde dat de inschrijving voor meerdere regio's geldt voor een en dezelfde sector.

Zorg leveren aan cliënten met een zorgprofiel uit een andere sector

Cliënten met een Wlz zorgprofiel vinden niet altijd zorg in de bijpassende sector van het profiel. Regelmatig bevindt de zorgbehoefte zich op het snijvlak van meerdere sectoren, maar door de systematiek van de indicatiestelling wordt er een dominante grondslag vastgesteld door CIZ. Cliënten wijken daarom uit naar een andere sector, omdat bijvoorbeeld de begeleidingswijze beter past of omdat ze naast een begeleidingsvraag ook somatische zorg nodig hebben. Door flexibel te kijken naar de zorgprofielen kunnen cliënten de best passende zorg ontvangen.

U werkt vanuit een specifieke sector en past het geldende kwaliteitskader (of aanverwante document) voor uw sector toe. Voor de cliënten die een zorgprofiel vanuit een andere sector hebben, werkt u vanuit uw eigen kwaliteitskader. We gaan er wel vanuit dat u oog heeft voor de uitdagingen die de zorgbehoefte op de snijvlakken met zich meebrengt. Onze kwaliteitsadviseurs stemmen onderling af en voeren indien nodig bij een reële vertegenwoordiging van cliënten uit verschillende sectoren gezamenlijk de kwaliteitsdialoog.

U schrijft zich bij ons in voor één sector, daar waarbinnen u de meeste zorg levert, inclusief de tariefsystematiek die daarbij hoort. De zorgprofielen uit andere sectoren kopen wij in via dezelfde tariefsystematiek van de sector waarbij u inschrijft. We spreken hierbij ook de geldende tariefpercentages met u af en niet de tariefpercentages uit een andere sector. De inschrijving in een sector betekent ook dat alleen de voor die sector geldende op- en afslagen van toepassing zijn en dat u niet kunt opteren voor op- en afslagen vanuit de inkoopsystematiek van de andere sectoren.

7.3. Procedure inschrijving

CZ zorgkantoor stelt de volgende procedurele voorwaarden aan de inschrijving:

- De zorgaanbieder verklaart door indiening van de volledig ingevulde ondertekende Bestuursverklaring en Inschrijvingsverklaring te voldoen en te blijven voldoen aan de geschiktheidseisen en aan de in de zorginkoopdocumenten genoemde algemene en aanvullende voorwaarden; hij verklaart zo ook dat de uitsluitingsgronden niet van toepassing zijn. De Inschrijvingsverklaring moet door alle zorgaanbieders die inschrijven worden ingediend. Daarnaast dient altijd de bijlage voor onderaannemers ingediend te worden.
- Door inschrijving gaat de zorgaanbieder akkoord met de inhoud van het Zorginkoopdocument 2026 WLz sector V&V en alle daarbij behorende documenten.
- De in te leveren stukken dienen in de Nederlandse taal te zijn opgesteld. Inschrijvers dienen de Nederlandse taal in woord en geschrift te beheersen.
- Alleen van zorgaanbieders die op de datum van inschrijving de informatie zoals opgevraagd in paragraaf 6.8 ter onderbouwing van de bestuursverklaring hebben meegestuurd, wordt de inschrijving in behandeling genomen.
- Vragen naar aanleiding van het zorginkoopdocument dienen in het Format Nota van Inlichtingen ingevuld te worden en ingediend te worden via inschrijvingen.WLz@cz.nl.
- Opening van de ontvangen inschrijvingen is niet openbaar en geschiedt op 31 juli 2025. CZ zorgkantoor hanteert voor de zorginkoop 2026 géén offertetraject. Inschrijving geschiedt op basis van de Bestuursverklaring en Inschrijvingsverklaring en bevat daarom geen offertes waarbij er concurrentievoordeel te behalen valt. In het webportaal dat CZ zorgkantoor voor de inschrijving openstelt zijn de documenten van de Bestuursverklaring en de Inschrijvingsverklaring opgenomen.
- CZ zorgkantoor controleert de inschrijvingen.
- CZ zorgkantoor laat uiterlijk op 2 september 2025 weten of een zorgaanbieder die in de eerste ronde heeft ingeschreven, voor een overeenkomst in aanmerking komt. Uiterlijk die dag kan CZ zorgkantoor ook nadere informatie vragen naar aanleiding van een inschrijving.
- CZ zorgkantoor stuurt geselecteerde zorgaanbieders uiterlijk 24 oktober 2025 een voorstel (offerte-pdf) voor de prestatie-, volume-, tarief- en omzetafspraken 2026. De omzetbedragen uit de offerte-pdf worden vastgelegd in het NZa-budgetformulier. Dit wordt tweezijdig ondertekend door het zorgkantoor en de zorgaanbieder en dient voor 14 november 2025 aan de NZa te zijn toegezonden.
- Correspondentie met CZ zorgkantoor in het kader van de zorginkoop 2026 (anders dan vermeld in tabel 2) vindt alleen plaats via het e-mailadres inschrijvingen.WLz@cz.nl. Correspondentie die binnenkomt via de post, fax of via een ander e-mailadres wordt niet in behandeling genomen en evenmin doorgeleid.

Geldigheidsduur

Het in de inschrijving vervatte aanbod is onherroepelijk. De verklaringen dienen gestand te worden gedaan gedurende de gehele periode waarvoor de overeenkomst geldt, tenzij anders aangegeven.

Vertrouwelijkheid

CZ zorgkantoor behandelt de inschrijvingen vertrouwelijk. Deze worden uitsluitend getoond aan medewerkers die direct bij de inkoopprocedure betrokken zijn.

Opvragen nadere informatie

CZ zorgkantoor behoudt zich het recht voor om nadere informatie op te vragen voor zover passend binnen de regels van de inkoopprocedure. Op de datum van de indiening van de inschrijving dient de zorgaanbieder aan alle voorwaarden te voldoen, tenzij anders aangegeven. Indien blijkt dat een Bestuursverklaring of Inschrijvingsverklaring niet naar waarheid is ingevuld, behoudt CZ zorgkantoor zich het recht voor om een sanctie op te leggen dan wel de overeenkomst te beëindigen, een aanbod voor een overeenkomst in te trekken of de inschrijving buiten behandeling te laten.

VECOZO-certificaat

Als de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een overeenkomst, zal deze via het zorginkoopportaal VECOZO worden aangeboden. Om deze overeenkomst te kunnen ontvangen, dient de tekenbevoegde bestuurder van de zorgaanbieder te beschikken over een daartoe strekkend VECOZO-certificaat. Indien de zorgaanbieder geen VECOZO-certificaat heeft, dient hij dit aan te vragen. Houd daarbij rekening met een aanvraagperiode bij VECOZO van minimaal vier weken. Zorgaanbieders die op 15 oktober 2025 niet beschikken over een daartoe strekkend en werkend VECOZO-certificaat, ontvangen geen overeenkomst voor 2026.

7.4. Voorbehouden, bezwaren en uitsluiting

Voorbehouden

CZ zorgkantoor behoudt zich het recht voor om de informatie opgenomen in dit document aan te vullen of te wijzigen. CZ zorgkantoor behoudt zich het recht voor om, indien nodig, het verloop van de inkoopprocedure aan te passen en/of wijzigingen aan te brengen in de aard en omvang van de opdracht en/of in de dan al genomen beslissingen.

VWS en de NZa zijn verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van een deel van de benodigde informatie. Zorgkantoren hebben hierop geen invloed. Aangezien er een voorbehoud is ten aanzien van de politieke besluitvorming, neemt CZ zorgkantoor de volgende beperkingen op in haar inkoopbeleid:

- Bij de start van de inkoopprocedure gaat CZ zorgkantoor ervan uit dat de totale omvang van de initiële afspraken de contracteerruimte niet overschrijdt. Omdat de beschikbare contracteerruimte op dat moment nog niet bekend is, behoudt CZ zorgkantoor zich uitdrukkelijk het recht voor de afspraken in de loop van de inkoopprocedure alsnog aan te passen indien de omvang van de contracteerruimte daartoe aanleiding geeft.
- CZ zorgkantoor is te allen tijde gerechtigd (de planning van) de inkoopprocedure aan te passen en/of de inkoopprocedure te stoppen dan wel overeenkomsten niet te sluiten, bijvoorbeeld indien:
 - onvoldoende financiële middelen beschikbaar zijn c.q. komen;
 - door wijziging van regelgeving of overheidsbeleid de inhoud van de inkoopprocedure dient te worden aangepast;
 - een tegen CZ zorgkantoor uitgesproken rechterlijk oordeel daartoe noopt.
- Voor situaties die tijdens de publicatie van dit document niet bekend waren of waarin nog niet was voorzien, is CZ zorgkantoor bevoegd de benodigde besluiten te nemen en/of maatregelen te treffen.
- Indien CZ zorgkantoor besluit de inkoopprocedure geheel of deels te wijzigen en/of geheel of deels te stoppen, is zij op geen enkele wijze gehouden tot enige (schade)vergoeding aan inschrijvers.

Bezwaren

Mocht u tegenstrijdigheden en/of onvolkomenheden tegenkomen, dan wel anderszins bezwaar hebben tegen de inhoud van dit document, dan dient u CZ zorgkantoor hiervan binnen 20 kalenderdagen na uitgifte van dit document schriftelijk in kennis te stellen. U dient dat te doen door schriftelijk inhoudelijk bezwaar te maken bij CZ zorgkantoor en eventueel een kort geding aanhangig te maken. Het kort geding dient aanhangig te worden gemaakt bij de voorzieningenrechter bij de rechtbank te Den Haag. Als u in kort geding wilt opkomen tegen dit document, dient er ook inhoudelijk bezwaar te worden gemaakt. Door op te komen tegen dit document aanvaardt u niet alleen de termijn waarbinnen u dat dient te doen, maar ook dat u alleen een kort geding kunt voeren als er voorafgaand bezwaar is gemaakt. U accepteert uitdrukkelijk dat er sprake is van een vervaltermijn, zodat u na het verstrijken daarvan niet meer in kort geding tegen dit document kunt opkomen. Na deze datum geconstateerde en/of gemelde tegenstrijdigheden, onvolkomenheden en bezwaren zijn voor rekening van de inschrijver. De inschrijver zal zich hier dan niet (in rechte) op kunnen beroepen; het recht daartoe is vervallen. Voor zover CZ zorgkantoor nog verdere documenten uitgeeft die betrekking hebben op de onderhavige inkoopprocedure, geldt hetzelfde, met dien verstande dat telkens een rechtsmiddeltermijn geldt van 20 kalenderdagen na uitgifte van het desbetreffende document. Ook dan geldt dat tijdig bezwaar gemaakt kan worden, eventueel gevolgd door of samen met een kort geding; er moet dus altijd bezwaar worden gemaakt. In alle gevallen geldt dat de termijn van 20 kalenderdagen uitdrukkelijk een vervaltermijn is.

Door deel te nemen aan de inkoopprocedure (en daarvan is ook sprake als tegen dit document wordt opgekomen), geeft de zorgaanbieder te kennen in te stemmen met de voorwaarden die in dit document zijn opgenomen en dus ook met het hiervoor beschreven verval van recht op te komen tegen de systematiek van de inkoopprocedure zoals die in dit inkoopdocument is beschreven en tegen de inhoud van het document. Voor alle duidelijkheid: indien hij belanghebbende is, behoudt de zorgaanbieder altijd de mogelijkheid tegen de uitkomst van de inkoopprocedure op te komen, zij het niet meer met argumenten die eerder aangevoerd hadden kunnen worden. Maar ook dan geldt dat binnen een termijn van 20 kalenderdagen, die andermaal uitdrukkelijk een vervaltermijn is, tegen de beslissing bezwaar dient te worden gemaakt en eventueel een kort geding dient te worden aangespannen op straffe van verval van de mogelijkheid in kort geding tegen die beslissing op te komen. CZ zorgkantoor wijst erop dat als een kort geding aanhangig wordt gemaakt, er vooraf bezwaar dient te worden gemaakt.

Voor deze inkoopprocedure geldt dat een aantal documenten is opgesteld in het verband van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Ook voor die documenten geldt het vorenstaande, zodat een zorgaanbieder die overweegt in te schrijven en die zich niet kan verenigen met (een deel van) de inhoud van de door ZN uitgegeven documenten, binnen de hiervoor genoemde termijn van 20 kalenderdagen na bekendmaking bezwaar dient te maken bij CZ zorgkantoor, eventueel gevolgd door een kort geding dat eveneens binnen diezelfde termijn van 20 kalenderdagen aanhangig dient te worden gemaakt. De zorgaanbieder die geen gebruik maakt van deze mogelijkheid, verwerkt zijn recht tegen de inhoud van de documenten op te komen. De termijn van 20 kalenderdagen is dus ook voor deze documenten een vervaltermijn.

Voor wat betreft de mogelijkheid op te komen tegen de vaststelling van het richttariefpercentage voor 2025 en 2026 geven wij zorgaanbieders de mogelijkheid om na bekendmaking van een beslissing om het richttariefpercentage al dan niet aan te passen bezwaar te maken tegen die beslissing en/of de motivering van die beslissing overeenkomstig de in het inkoopdocument bepaalde termijn en procedure. Wij zullen daarbij geen beroep doen op rechtsverwerking. Indien evenwel bezwaar wordt gemaakt op gronden die al in rechte beoordeeld zijn zonder dat sprake is van een wijziging van feiten of omstandigheden, staat het ons vrij om de bezwaren met verwijzing naar de desbetreffende rechterlijke

beslissing (kennelijk) ongegrond te verklaren.

Uitsluiting van de inkoopprocedure

Een zorgaanbieder kan van deelname aan de inkoopprocedure worden uitgesloten indien CZ zorgkantoor zwaarwegende redenen heeft aan te nemen dat de zorgaanbieder zijn verplichtingen niet zal nakomen zoals redelijkerwijs van hem gevraagd mag worden, ongeacht of de door CZ zorgkantoor gebruikte redenen al dan niet voldoende zijn om als een toerekenbare tekortkoming bij het uitvoeren van de overeenkomst, zou deze tot stand zijn gekomen, te worden aangemerkt. Van deze mogelijkheid zal alleen in bijzondere gevallen gebruik worden gemaakt.

CZ zorgkantoor dient haar beslissing te motiveren en zal rekening dienen te houden met verbeteringen die de zorgaanbieder in zijn organisatie heeft aangebracht.

Toelichting: De bijzondere uitsluitingsgrond beoogt CZ zorgkantoor de mogelijkheid te geven geen overeenkomst aan te gaan met een partij waarvan CZ zorgkantoor gegronde redenen heeft aan te nemen dat die partij zijn verplichtingen niet naar behoren zal nakomen. CZ zorgkantoor kan die redenen ontleen aan ervaringen - van zichzelf en andere concessiehouders - bij de uitvoering van de overeenkomst AWBZ of Wlz in een voorgaand jaar of, indien de zorgaanbieder ook een overeenkomst heeft ter uitvoering van de Zvw, ervaringen bij de uitvoering van die overeenkomst. De redenen kunnen ook gevonden worden in de persoon van de bestuurder van de zorgaanbieder. Met de uitsluitingsgrond kan CZ zorgkantoor voorkomen dat gedurende het jaar een procedure wegens wanprestatie gevoerd moet worden en maatregelen moeten worden getroffen om de zorg aan cliënten door een andere zorgaanbieder te laten overnemen. CZ zorgkantoor dient haar beslissing te motiveren.

Regionale bijlagen

Bijlage 1 Betalingen over 2026

Het betalingsproces 2026 is gebaseerd op een methodiek van maandelijks realisatiebasis uitbetalingen plus een mogelijk voorschot waarbij de productieafspraken 2026 het plafond vormt. Bij de toewijzing beoordeelt de zorginkoper of onder- of overproductie leidt tot een bijstelling van de productieafspraken.

Vanaf 2024 werkt CZ zorgkantoor nog enkel met eenmalige CAK-betalingen. Dit is op verzoek van het CAK als eerste stap in het digitaliseren van het betalingsproces.

Rekening houdend met bovenstaande punten, wordt in de eerste tabel de methodiek beschreven waarop de betalingen over het boekjaar 2026 worden uitgevoerd voor zorgaanbieders die in aanmerking komen voor een voorschot. In de tweede tabel wordt de methodiek beschreven voor zorgaanbieders die geen voorschot ontvangen.

Betalingen en toewijzingen voor boekjaar 2026

Maand	Betalingen enerschikkingen voor boekjaar 2026
Januari en februari 2026	Het zorgkantoor heeft in januari en februari de optie om de initiële productieafpraak 2026 bij te stellen als daar noodzaak voor is en er voldoende contracteerruimte beschikbaar is. In januari en februari wordt een voorschot betaald. De initiële productieafpraak 2026 per november 2025 vormt de basis voor de betaling. Als de volumekorting op de initiële afspraak nog niet terug is ingekocht, wordt de waarde van de volumekorting opgeteld bij de afspraak voor 2026 voor het voorschot. De afspraak wordt gedeeld door twaalf en vermenigvuldigd met het aantal maanden dat al is gepasseerd in 2026. De eerdere CAK-betalen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
Maart 2026	In maart heeft het zorgkantoor de optie om de productieafpraak 2026 opwaarts bij te stellen als daar noodzaak voor is en de geprognosticeerde waarde van de januari declaraties boven de waarde van de actuele productieafpraak uitkomen. Dit op voorwaarde dat er voldoende contracteerruimte beschikbaar is. De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie over januari plus twee maanden voorschot, met als maximum de actuele productieafpraak 2026. Het zorgkantoor kan een liquiditeitscorrectie verstrekken als de declaraties significant achterblijven op de verwachte realisatie. De eerdere CAK-betalen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
April t/m oktober 2026	In april tot en met oktober heeft het zorgkantoor de optie om productieafspraken maandelijks (deels) realisatievolgend af te spreken, zowel opwaarts als neerwaarts. Dit op voorwaarde dat er voldoende contracteerruimte beschikbaar is. De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie plus twee maanden voorschot, met als maximum de actuele productieafpraak 2026. Bij declaratieproblemen kan een liquiditeitscorrectie verstrekt worden. Hieraan is als voorwaarde gesteld dat de aanbieder uiterlijk de 17e werkdag van de voorliggende maand bij de inkoper gemotiveerd meldt dat er sprake is van een declaratieprobleem. Indien het verzoek wordt gehonoreerd door het zorgkantoor, zal voor één maand een bedrag als liquiditeitscorrectie toegevoegd worden aan de betaling. De eerdere CAK-betalen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
November en december 2026	Vanaf november zijn de productieafspraken definitief gemaakt met het herschikkingsformulier 2026. De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie plus twee maanden voorschot, met als maximum de herschikte productieafpraak 2026. De eerdere CAK-betalen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
Januari 2027	De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie plus één maand voorschot, met als maximum de actuele herschikte productieafpraak 2026. De eerdere CAK-betalen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
Februari en maart 2027	De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie, met als maximum de actuele herschikte productieafpraak 2026. De eerdere CAK-betalen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
Nader te bepalen in 2027	Definitieve financiering op basis van de aanvaardbare kosten van de beschikking waarin de nacalculatie 2026 is opgenomen en de daaropvolgende beschikkingen over 2026. Het saldo met wat reeds is betaald door het CAK zal dan verrekend worden via een eenmalige betaling.

Betaling voor aanbieders zonder voorschot

Aanbieders die historisch geen voorschot ontvangen, aangevuld met nieuwe zorgaanbieders en specifieke gevallen, ontvangen de betaling op basis van gerealiseerde zorg: dit houdt in dat er niet vooruit betaald wordt, maar dat betaling achteraf per maand plaatsvindt op basis van de declaraties. Voor nieuwe zorgaanbieders geldt dit voor een periode van minimaal een halfjaar.

Betalen op realisatiebasis en herschikkingen voor boekjaar 2026

Maand	Betalingen op realisatiebasis enerschikkingen voor boekjaar 2026
Maart 2026	In maart heeft het zorgkantoor de optie om de productieafpraak 2026 opwaarts bij te stellen als daar noodzaak voor is en de geprognosticeerde waarde van de januari declaraties boven de waarde van de actuele productieafpraak uitkomen. Dit op voorwaarde dat er voldoende contracteerruimte beschikbaar is. De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie met als maximum de actuele productieafpraak 2026. Bij declaratieproblemen kan een liquiditeitscorrectie verstrekt worden. Hieraan is als voorwaarde gesteld dat de aanbieder uiterlijk de 17e werkdag van de voorliggende maand bij de inkoper gemotiveerd meldt dat er sprake is van een declaratieprobleem. Indien het verzoek wordt gehonoreerd door het zorgkantoor, zal voor één maand een bedrag als liquiditeitscorrectie toegevoegd worden aan de betaling. De eerdere CAK-betalen hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
April t/m oktober 2026	In april tot en met oktober heeft het zorgkantoor de optie om productieafspraken maandelijks (deels) realisatievolgend af te spreken, zowel opwaarts als neerwaarts. Dit op voorwaarde dat er voldoende contracteerruimte beschikbaar is. De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie met als maximum de actuele productieafpraak 2026. Bij declaratieproblemen kan een liquiditeitscorrectie verstrekt worden. Hieraan is als voorwaarde gesteld dat de aanbieder uiterlijk de 17e werkdag van de voorliggende maand bij de inkoper gemotiveerd meldt dat er sprake is van een declaratieprobleem. Indien het verzoek wordt gehonoreerd door het zorgkantoor, zal voor één maand een bedrag als liquiditeitscorrectie toegevoegd worden aan de betaling. De eerdere CAK-betalen hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
November 2026 t/m maart 2027	Vanaf november zijn de productieafspraken definitief gemaakt met het herschikkingsformulier 2026. De betaling voor november tot en met maart vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie met als maximum de herschikte productieafpraak 2026. De eerdere CAK-betalen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
Nader te bepalen in 2027	Definitieve financiering op basis van de aanvaardbare kosten van de beschikking waarin de nacalculatie 2026 is opgenomen en de daaropvolgende beschikkingen over 2026. Het saldo met wat reeds is betaald door het CAK zal dan verrekend worden via een eenmalige betaling.

Bijlage 2 Sanctiebeleid

De zorgaanbieder verklaart zich door zijn inschrijving akkoord met het Zorginkoopdocument WLz 2026 en de daarin opgenomen (rand)voorwaarden en uitgangspunten en bijbehorende documenten. De zorgaanbieder moet gedurende 2026 voldoen en blijven voldoen aan wat hij bij de inschrijving heeft verklaard. Zorgaanbieders moeten voldoen aan en handelen conform de voorwaarden en regels zoals die zijn opgenomen in de overeenkomst en de bijlagen. Als blijkt dat een zorgaanbieder hieraan niet (volledig) voldoet, gaat de zorginkoper het gesprek aan en maakt hij indien nodig verbeterafspraken. Als er geen verbetering optreedt, kan CZ zorgkantoor een sanctie opleggen. Over een voornemen een sanctie op te leggen wordt de zorgaanbieder gehoord.

Onder andere onderstaande sancties kunnen opgelegd worden:

- Het toegekende tariefpercentage wordt gecorrigeerd inclusief het percentage NHC/NIC.
- De initiële of aanvullende afspraken worden niet verhoogd.
- De initiële of aanvullende afspraken worden verlaagd tot onder het niveau van de geleverde zorg (op jaarbasis).
- De tentatieve afspraken worden omgezet in vaste omzetafspraken (tot maximaal 12 keer de laagste maandrealisatie of de november-afpraak 2025).
- De bevoorschotting wordt niet aangepast aan een verhoging van de tentatieve afspraken.
- De bevoorschotting wordt aangepast naar een lager niveau, onder meer bij het niet voldoen aan de declaratieverplichtingen voor de AW319.
- De overeenkomst wordt beëindigd.
- Bij het niet voldoen aan de gestelde eisen aan de declarabele zorgtijd: het aanpassen van de nacalculatie 2026, zodat het te financieren zorgvolume voldoet aan de eisen van de declarabele zorgtijd.

Het valt binnen de discretionaire bevoegdheid van CZ zorgkantoor om in voorkomende gevallen naar eigen inzicht een toepasselijke sanctie te bepalen. CZ zorgkantoor zal in dat geval de beslissing gemotiveerd kenbaar maken.

Bijlage 3 Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders

Overzicht aan te leveren documenten	Toelichting op in te dienen bijlagen	Meesturen bij de inschrijving	Moet voldoen op moment van zorglevering	Moet voldoen uiterlijk 6 maanden na ingangsdatum overeenkomst
Geschiktheidseisen bestuursverklaring WLz 2026				
Bestuursverklaring 2026	De zorgaanbieder dient de volledig ingevulde bestuursverklaring aan te leveren bij zijn inschrijving.	X		
Inschrijving Handelsregister KvK	- Afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK. - Op het afschrift dienen tevens de namen van de leden van het toezichthoudend orgaan te zijn vermeld. Op grond van het Handelsregisterbesluit dienen deze gegevens in het Handelsregister opgenomen te zijn. - 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. - 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 inschrijft voor de WLz-overeenkomst, dan dienen van al die achterliggende rechtsvormen de afschriften van de inschrijving in het Handelsregister te worden meegestuurd met de inschrijving die nodig zijn om de tekenbevoegdheid van de ondertekenaar aan te tonen.	X		
Inschrijving UBO('s) UBO-register	- Afschrift van inschrijving UBO('s) in UBO-register dat beheerd wordt door de KvK. - Afschrift is niet ouder dan 6 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, dient met de inschrijving meegestuurd te worden:	X		

-
- | | | | |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">◦ 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) staan; én◦ Een printscreen van de gegevens van de UBO('s) 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. | | |
|--|---|--|--|

Toelatingsvergunning conform de Wtza	De nieuwe zorgaanbieder moet bij zijn inschrijving het volgende indienen: • Wanneer hij vergunningplichtig is en niet van rechtswege is toegelaten: • Een afschrift van de Wtza-toelatingsvergunning (Wet toetreding zorgaanbieders); of • Een afschrift van de Wtzi-toelating en de brief van september 2021 van het CIBG en eventuele vervolgcorrespondentie tussen de zorgaanbieder en het CIBG waaruit blijkt dat hij vergunningplichtig is en de Wtzi-toelating als Wtza-toelatingsvergunning geldt. • Wanneer hij vergunningplichtig is en wel van rechtswege is toegelaten. Zie voor meer informatie de volgende link: https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/over-de-wtza/overgangsrecht2025: • Een printscreen van het Zorgaanbiedersportaal dan wel het AGB bestand van Vektis waaruit blijkt dat de zorgaanbieder een Wtza-toelatingsvergunning heeft verkregen; of (als dit nog niet uit het Zorgaanbieders-portaal/AGB bestand van Vektis blijkt) • Een eigen verklaring waaruit volgt dat de zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een Wtza-toelatingsvergunning van rechtswege. De verklaring dient het volgende in te houden: ◦ De zorgaanbieder verklaart zorg te verlenen op grond van de Zvw of de Wlz; ◦ De zorgaanbieder verklaart deze zorg al vóór 1 januari 2025 te verlenen; ◦ De zorgaanbieder verklaart deze zorg met 2 tot maximaal 10 zorgverleners te hebben verleend (inclusief uitbesteding en inhuur) OF de zorgaanbieder verklaart als solist in een BV werkzaam te zijn; ◦ De zorgaanbieder verklaart geen medisch specialistische zorg te hebben verleend;	X		
---	---	----------	--	--

	◦ De zorgaanbieder verklaart een printscreen van het Zorgaanbiedersportaal dan wel het AGB bestand van Vektis toe te sturen aan het zorgkantoor zodra uit het Zorgaanbiedersportaal dan wel het AGB bestand van Vektis blijkt dat de zorgaanbieder een Wtza-toelatingsvergunning heeft verkregen.		
	• Wanneer hij niet vergunningplichtig is: • Een afschrift van de Wtzi-toelating en de brief van september 2021 van het CIBG en eventuele vervolgcorrespondentie tussen de zorgaanbieder en het CIBG waaruit blijkt dat hij niet vergunningplichtig is; of • Een eigen verklaring onderbouwd met bewijsstukken dat hij niet vergunningplichtig is. • Indien van toepassing, dient de organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dezelfde te zijn als op de Wtza-toelatingsvergunning dan wel op de Wtzi-toelating en de brief van september 2021 van het CIBG.		
Verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP)	• Niet ouder dan een jaar op het moment van inschrijving en specifiek aangevraagd ten behoeve van de deelname aan deze inkoopprocedure. Dit moet worden ingevuld in het vrije veld bij de aanvraag. • Een Verklaring omtrent gedrag voor Natuurlijke Personen en/of een Gedragsverklaring Aanbesteding (GVA) volstaat niet. De GVA en de VOG RP zijn namelijk twee verschillende instrumenten gebaseerd op verschillende onderliggende regelgeving en met toepassing van een ander beoordelingskader. Voor nadere informatie over de VOG RP en de GVA verwijzen wij u naar de website van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.	X	

Statuten van de inschrijvende zorgaanbieder	• Actuele statuten van de te contracteren partij. • Uw ondernemingsplan dient overeen te komen met uw statuten. • In de statuten is de vigerende Governancecode Zorg geborgd, waaronder: ◦ Informatie over het toezichthoudend orgaan. ◦ Informatie over benoemen, schorsen en ontslaan van de RvB. In het geval de nieuwe zorgaanbieder een rechtsvorm heeft waarbij men niet over statuten hoeft te beschikken, dan wordt met de inschrijving een document meegestuurd dat qua inhoud vergelijkbaar is met statuten, al dan niet specifiek opgesteld met het oog op de inschrijving op deze inkoopprocedure. Dat document geldt dan als de statuten van de zorgaanbieder en moet aan al de eisen voldoen waaraan reguliere statuten (in het kader van deze inkoopprocedure) moeten voldoen.	X		
Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenraad	De nieuwe zorgaanbieder dient 6 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 vigerende Governancecode Zorg, waaronder: • Informatie over het toezichthoudend orgaan; benoeming, samenstelling, schorsing, ontslag etc.; • Belangenverstrengeling; • Medezeggenschap, invloed en advies; • Verantwoording Raad van Bestuur; • Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur; • Cliëntenraad; • Naleving Code.	X		

Kwaliteitskader van de sector / werkt met een landelijk erkend kwaliteitssysteem met externe toetsing	De zorgaanbieder kan aantonen dat hij zich houdt aan het voor de sector relevante kwaliteitskader. De zorgaanbieder waarop (nog) geen kwaliteitskader van toepassing is, kan aantonen dat hij systematisch werkt aan de kwaliteit van zorg en dit borgt door het werken met een kwaliteitssysteem, voorzien van een periodieke externe visitatie. Dit blijkt o.a. uit aanmelding bij de brancheorganisatie, gesprekken met de cliëntenraad, deelname aan lerende netwerken, aanmelding bij de BVKZ etc. Over het eerste jaar moet verplicht een kwaliteitsverslag/visitatieverslag worden aangeleverd bij het zorgkantoor.		X	
Gedegen bedrijfsadministratie	De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die tijdige levering van gegevens mogelijk maakt, waaronder: • Declaraties (AW 319) volgens afspraken vastgelegd in het uniform declaratieprotocol WLZ aan het zorgkantoor; • Relevante berichten in iWLz (zorgtoewijzing, melding aanvang zorg, mutaties, melding einde zorg), aan het zorgkantoor conform standaarden die door het Zorginstituut Nederland zijn vastgesteld.		X	
Privacy beleid	• Beleid staat gepubliceerd op de website van de zorgaanbieder met een werkende link. • Het beleid voldoet aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Voor klanten is duidelijk: • Welke persoonsgegevens worden vastgelegd; • Wie er inzage heeft in de gegevens; • Hoe invulling is gegeven aan 'geheimhouding'; • Wat de bewaartermijn van de gegevens is; • Het beleid op inzage van gegevens door de klanten; • Hoe gehandeld wordt bij datalekken; • De bezwaarmogelijkheden.		X	

Klachtenregeling	• 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). Uit het beleid blijkt voor klanten tenminste: • Reactietermijn op klacht binnen zes weken; • Onafhankelijke klachtenfunctionaris; • Contactgegevens klachtenfunctionaris; • Indiening mogelijk zonder melding aan begeleider/zorgverlener; • Dat de zorgaanbieder is aangesloten bij een geschilleninstantie.	X	
Regeling AO/IC	Tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.	X	
Polisblad van aansprakelijkheidsverzekering	• De zorgaanbieder heeft op de datum van inschrijving een schadeverzekering afgesloten voor aansprakelijkheid jegens (nabestaanden van) patiënten of cliënten voor onder de overeenkomst geleverde zorg, ter hoogte van minimaal € 2.500.000,- (per gebeurtenis). De verzekering dient uiterlijk vanaf de ingangsdatum van de overeenkomst in te gaan. • Op naam van de te contracteren zorgaanbieder. • Actueel polisblad: de organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als op het polisblad.	X	
Bijlage 2 Onderaannemerschap en indien van toepassing Bijlage 3 Lijst met zorgkantoren bij de bestuursverklaring	Bijlage 2 dient altijd toegevoegd te worden bij de inschrijving. Bijlage 3 alleen indien van toepassing toevoegen bij de inschrijving.	X	

Meldplicht Wtza	De nieuwe zorgaanbieder heeft zich in het kader van de meldplicht op grond van de Wtza gemeld bij het CIBG (de IGJ) en heeft daartoe het/de betreffende formulier/vragenlijst ingevuld, tenzij de meldplicht op hem niet van toepassing is. U vindt het formulier/de vragenlijst hier: https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/melden De zorgaanbieder moet het bewijs van invulling/melding indienen bij de inschrijving. Mocht de zorgaanbieder bij het invullen van de vragenlijst de melding krijgen dat melden op dat moment nog niet mogelijk is, waardoor hij de vragenlijst niet kan afronden, dan dient hij het bewijs daarvan (bijv. een printscreen) bij zijn inschrijving te voegen. De meldplicht is op de zorgaanbieder niet van toepassing/de zorgaanbieder hoeft zich niet te melden als: - hij op 1 januari 2022 als zorgaanbieder in het Landelijk register zorgaanbieders (LRZa) stond; of - als hij de jaarverantwoording, bedoeld in artikel 40b Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), over het jaar 2021 vóór 1 juli 2022 op de krachtens dat artikel bepaalde wijze openbaar heeft gemaakt; of - als hij tot een categorie van zorgaanbieders behoort die uitgezonderd is van de meldplicht bij of krachtens de Wtza. Als de meldplicht op de zorgaanbieder niet van toepassing is/als de zorgaanbieder zich niet hoeft te melden, dan moet hij bij zijn inschrijving bewijsstukken indienen waarmee dat op overtuigende wijze wordt aangetoond.	X		
Ondernemingsplan [1]				
Organisatie-inrichting	Organogram juridische structuur.	X		
Missie en strategie	De missie en strategie zijn concreet beschreven en de uitgangspunten zijn voldoende toetsbaar en onderbouwd.	X		
Bedrijfsplan	• Welke Wlz-doelgroepen; • Welke prestaties; • Verwachte aantallen; • Welke ervaring met zorglevering (welk domein, overeenkomsten etc.); • Personeel in dienst (omvang, opleidingsniveau en aard opleiding).	X		

Financieel plan	• Enkelvoudige jaarrekeningen van de inschrijvende zorgaanbieder 2023 en 2024 (tenzij startende organisatie waar nog geen jaarrekening van is vastgesteld); • Geconsolideerde jaarrekeningen van een eventuele (groot)moedermaatschappij 2023 en 2024; • Begroting van de inschrijvende zorgaanbieder met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen voor 2026.	X		
-----------------	---	---	--	--

1 In de paragraaf 6.9 is een toelichting op de afzonderlijke onderdelen van het ondernemingsplan opgenomen. Indien een nieuwe zorgaanbieder een ondernemingsplan indient dat incompleet is volgens bovenstaande tabel en/of niet volledig voldoet aan de in de volgende paragraaf (6.9) beschreven eisen, dan kan het zorgkantoor besluiten de zorgaanbieder van verdere deelname aan de inkoopprocedure uit te sluiten of anders te prioriteren, afhankelijk van de aard en omvang van de tekortkoming. Dit geldt ook voor bestaande zorgaanbieders maar nieuw voor het zorgkantoor (zie paragraaf 6.3) die een beknopt ondernemingsplan (tenminste het bedrijfs- en financieel plan) moeten aanleveren.

Bijlage 4 Handreiking voor het maken van het Integraal Strategisch (verander)plan

Wij gaan er vanuit dat iedere zorgaanbieder al werkt met een reeds eerder opgesteld Integraal meerjaren beleidsplan of een Integraal Strategisch (verander)plan. Hierbij willen we zoveel mogelijk aansluiten op de plannen waarmee in de regio en bij de zorgaanbieder wordt gewerkt. Het plan is vormvrij maar moet wel de benodigde informatie bevatten om goede afspraken te kunnen maken in het kader van de zorginkoop 2024-2026.

Algemeen

In hoofdstuk 4 zijn de basisprincipes aangegeven waaraan een Integraal strategisch (verander)plan moet voldoen. Het plan bevat in ieder geval een regionaal deel op basis van regionaal gemaakte afspraken waaronder de Transitie-middelen en een individueel deel waarin staat aan welke bewegingen en doelen de zorgaanbieder gaat werken en/of meewerken.

Middelen voor Bewegingen en doelen en Transitie-middelen

In paragraaf 5.6 staat beschreven wat verwacht wordt ten aanzien van Bewegingen en doelen in relatie tot het Integraal strategisch (verander)plan.

In paragraaf 5.8 staat beschreven wat verwacht wordt ten aanzien van de Transitie-middelen.

Voor zover het reeds bestaande uitgewerkte (verander)plan van de zorgaanbieder nog niet alle gevraagde informatie omvat vragen wij u om bij inschrijving aanvullende informatie op maximaal twee of drie A4'tjes mee te sturen.

Bevat het veranderplan concrete plannen gericht op de bewegingen Preventie, Thuis als het kan, Zelf als het kan, Digitaal als het kan, Doelgerichte samenwerking en Passende zorg voor kwetsbare doelgroepen?

Bevat het veranderplan concrete plannen voor de inzet van Transitie-middelen en voor welk onderdeel daarvan?

Blijkt uit het Integraal strategisch (verander)plan per beweging vooraf wat het doel is van de in te zetten beweging(en), welk knelpunt hiermee wordt opgelost en een inschatting van het aantal cliënten dat met het plan in het komende jaar wordt bereikt, korte- en lange termijn doelstellingen, aanvangs- en einddatum van de projecten, structurele borging op de langere termijn en totaal aangevraagde euro's?

Bevat het plan informatie over de Impact met SMART geformuleerde afspraken (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden) die bijdragen aan het bereiken van de doelstelling (passende zorg, om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg inclusief het behouden en ontzorgen van zorgprofessionals te borgen).

Blijkt uit het plan duidelijk wat het voorstel is voor verandering in de zorg om de zorg duurzaam toegankelijk en betaalbaar te houden. Dit met een beschrijving van de wijze waarop deze doelen bereikt worden (al dan niet gefaseerd) en een tijdplanning.

Bevat het plan een uitwerking van de in paragraaf 5.6 beschreven resultaatgerichte prestatie-indicatoren?

De totaal aangevraagde euro's zijn van toepassing op zowel de beweging en doelen als transitie-middelen, deze moeten immers beide verantwoord worden.

Inschrijving voor het Free proposal

In paragraaf 5.7 staat beschreven wat verwacht wordt ten aanzien van het Free proposal in relatie tot het Integraal strategisch (verander)plan. Deze bijlage bevat per thema een aantal vragen die ter ondersteuning gebruikt kunnen worden als aanvullende toelichting op het plan.

Wij vragen u bij het opstellen van een aanvraag voor het Free proposal hiervan gebruik te maken en de gestelde vragen zo kort en krachtig mogelijk te beantwoorden. De uitwerking van de thema's en vragen zijn, naast de substantiële bijdrage die het plan levert aan de doelstellingen van CZ zorgkantoor, mede bepalend welk initiatief wordt gehonoreerd.

Maatschappelijke impact

Beschrijf de maatschappelijk impact en het gewenste resultaat zo concreet mogelijk. Maak daarbij de omvang van het resultaat duidelijk door middel van bijvoorbeeld een getal, percentage en/of bedrag. Dit helpt om op de impact dat het plan heeft op de (sub)regio te bepalen én vast te stellen wanneer het doel is bereikt.

Ter ondersteuning kunnen de volgende vragen gebruikt worden:

- Benoem zo concreet mogelijk de omvang van de impact: op hoeveel cliënten of interventies heeft het plan een effect, wat is de omvang van het effect, en wat gaat het concreet opleveren?
- Kunt u in uw eigen woorden een korte toelichting geven op het plan?
- Welke doelstellingen zijn van belang voor u en voor de cliënt?
- Waarom wilt u dit doel bereiken?
- Wat is er volgens u nodig om dit doel te bereiken?
- Hoe gaat het u doel bereiken?
- Waar zit volgens u de substantiële bijdrage die dit plan levert aan de maatschappelijke opgave?
- Omschrijf het gewenste resultaat voor de cliënt.
- Wat dient er in uw organisatie verandert te worden wilt u dit doel bereiken?
- Wat gaat u loslaten/niet meer doen om uw doel te kunnen bereiken?

Samenwerking met andere partijen

Dit onderdeel heeft betrekking op de wijze waarop de zorgorganisatie (of het collectief van zorgorganisaties) op organisatieniveau samenwerkt met andere betrokken partijen in de regio en/of buiten de regio in de realisatie van de doelstelling van het plan. Uit de toelichting blijkt hoe de samenwerking bijdraagt aan het behalen van de doelstelling van het plan. Bijvoorbeeld door middel van kennis en expertise delen, processen verbeteren, goede afstemming, etc.

Ter ondersteuning kunnen de volgende vragen gebruikt worden:

- Hoe geeft u in de uitvoering van het plan uitvoering aan samenwerking?
- Hoe sluit uw plan aan bij het regioplan en de regionale visie?
- Hoe betreft u de organisaties in uw regio bij dit plan?
- Welke partners zijn voor u van belang bij de uitvoering van het plan en hoe geeft u de samenwerking met deze partners vorm?
- Hoe zorgt u ervoor dat de samenwerking met betrokken partijen optimaal verloopt?
- Welke risico's of aandachtspunten zijn er en heeft u al een idee hoe hiermee om te gaan?
- Hoe ziet u uw rol als er sprake is van domeinoverstijgende samenwerking?
- Wat heeft u nodig van het zorgkantoor? (co-creatie)

Betrokkenheid van cliënten en medewerkers

Ter ondersteuning kunnen de volgende vragen gebruikt worden:

- Beschrijf wat er volgens u nodig is om aan de wens en behoefte van cliënten te voldoen. Eventueel kan hier indien wenselijk onderscheid worden gemaakt in cliënt-categorieën.
- Wanneer is het plan voor cliënten een succes?
- Hoe is de wens en behoefte van cliënten en mantelzorger meegenomen in de totstandkoming van dit plan?
- Hoe wordt relevante informatie m.b.t. de cliënt meegenomen in de uitvoering van het plan?
- Hoe wordt de cliënt meegenomen in de uitvoering van het plan?
- Hoe is de wens en behoefte van medewerkers meegenomen in de totstandkoming van dit plan? In hoeverre komen ideeën en oplossingen van de zorgprofessionals?
- Hoe zorgt u ervoor dat het plan door medewerkers wordt gedragen en uitgevoerd?
- Hoe kunnen medewerkers gedurende de looptijd van het plan input leveren voor aanscherping/verbetering?

Financieel plan

Als onderdeel van de inschrijving voor het Free proposal hebt u een financieel plan opgesteld met daarin een uitwerking van het benodigde budget voor de uitvoering van het plan. In het kader van de kwalitatieve toets ontvangen we graag een verdere inhoudelijke toelichting op het benodigde budget.

Ter ondersteuning van deze toelichting kunnen de volgende vragen gebruikt worden:

- Op welke wijze is het gevraagde budget tot stand gekomen?
- Welke financieringsbronnen worden gebruikt?
- Hoe wordt ervoor gezorgd dat er geen (of zo kort mogelijk) verschillende financieringsbronnen naast elkaar lopen (geen dubbele financiering)?
- Hoe verhoudt dit plan zich tot lopende projecten die gefinancierd worden vanuit de transitie middelen (co-creatie)?

Mate van vernieuwing

Dit onderdeel heeft betrekking op de mate van vernieuwing van het door u aangeleverde plan. Het Free proposal is bedoeld om zorgaanbieders met creatieve en innovatieve ideeën de benodigde ruimte te geven deze plannen uit te voeren. Waarbij deze creatieve en innovatieve plannen een aantoonbare substantiële bijdrage leveren aan de maatschappelijke opdracht.

Ter ondersteuning kunnen de volgende vragen gebruikt worden.

- Beschrijf wat dit plan innovatief maakt.
- Wat zijn m.b.t. het plan de drie belangrijkste innovatiekansen en drie belangrijkste risico's die u ziet?
- Welke nieuwe en/of vernieuwde methodieken zijn onderdeel van dit plan?
- Hoe wordt de innovatie vertaald in daadwerkelijke verandering op de werkvloer? Wat is hiervoor nodig?
- Hoe wordt invulling gegeven aan innovatie in de eerder beschreven samenwerkingsrelaties met andere betrokken partijen?

Proces van evaluatie, borging en opschaling

- Beschrijf uw evaluatieplan.
- Beschrijf specifiek (evt. onderdeel van evaluatieplan) hoe en wanneer u tijdens het proces gaat evalueren en hoe en wanneer u na afloop wilt evalueren (co-creatie)
- Welke indicatoren (KPI's) zou u voorstellen om op te nemen in het addendum, zodat hier tijdens de uitvoering van het Free proposal overleg over gevoerd kan worden (co-creatie)?
- Heeft u een onderzoeks- dan wel onderwijsinstelling in gedachte welke u kan ondersteunen bij de tussen- en eindevaluatie van het plan (co-creatie)?
- Op welke manier wordt het budget via de tarieven toegekend, afgerekend en (indien van toepassing) bijgesteld.