

Inkoopdocument 2027-2029

Publicatiedatum

01-06-2026



Sector Verpleging en verzorging

Inhoudsopgave

Sector Verpleging en verzorging	3
Status en positie van dit document	4
Positie van de ZN visie op de langdurige zorg	4
Documenten maken integraal onderdeel uit van de overeenkomst	4
Het landelijk beleidskader vult het regionaal inkoopbeleid aan	4
1 Doelen, strategische thema's en visies	5
1.1 Onze visie op een toekomstbestendige langdurige zorg	5
1.2 Strategische doelen 2027-2029	5
1.3 Strategische thema's	6
1.4 Visies als fundament	7
1.5 Visie op kwaliteit van zorg	7
1.6 Visie op zorg thuis	8
1.7 Visie op het persoonsgebonden budget (pgb)	9
1.8 Visie op innovatie	10
1.9 Uitvoering van de visie	12
2 Sectorale koers Verpleging & Verzorging (V&V)	14
2.1 Sectorbeeld V&V	14
2.2 Prioriteiten V&V	15
2.3 Sectorspecifieke verwachtingen	15
2.4 Inkoopaccenten	16
2.5 Aandachtspunten voor de regionale agenda	19
3 Werkwijze: van doelen naar regionale uitvoering	20
3.1 Regiotafel als primair sturingsinstrument	20
3.2 Werkwijze in fasen	20
3.3 Data-gedreven analyse en interpretatie	21
3.4 Van regionale analyse naar transformatieagenda en interventies	21
3.5 Monitoren, evalueren en bijsturen	22
3.6 Betrekken van cliëntperspectief	22
4 Inkoopinstrumenten	23
4.1 Inleiding	23
4.2 Het tariefmodel	23

4.3 Aanpassingen op het vertrektariefpercentage	27
4.4 Volumesturing	28
4.5 Gericht inkopen	30
4.6 Regionaal transformatiebudget	30
4.7 Maatwerk- en samenwerkingsafspraken	32
4.8 Indiening productieafpraak bij de NZa	32
4.9 Voorbehoud contracteerruimte	33
5 Hoe ziet het inkoopproces eruit?	34
5.1 Uitgangspunten bij contractering	34
5.2 Wanneer bent u een bestaande of nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	34
5.3 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	35
5.4 Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	36
5.5 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	36
5.6 Tijdpad en processtappen	39
5.7 Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring	40
5.8 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	42
5.9 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	42
5.10 Voorbehouden en uitsluiting	44
Regionale bijlagen	45
Bijlage 1 - Betalingen	45
Bijlage 2 - Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders	46

Sector Verpleging en verzorging

Zorginkoopbeleid 2027

Versie
2027



Inkoopdocument Wlz 2027-2029

Publicatiedatum 1 juni 2026

Voorwoord

Cliënten zijn de kern van ons werk en geven betekenis aan alles wat wij doen. Het centraal stellen van het leven van cliënten (en niet alleen hun zorgvraag) betekent dat het zorgkantoor ook moet aanpassen. De wensen en behoeften van cliënten veranderen namelijk. Ook landelijke ontwikkelingen, zoals een krappe arbeidsmarkt, het tekort aan geschikte woningen en ombuigingen in de rijksbegroting, vragen om aanpassingen van het zorgkantoor. Het vraagt om samenwerking met alle relevante partijen in een regio, creativiteit en de bereidheid om anders te kijken naar wat mogelijk is.

Onze strategie 2030 is leidend voor hoe wij het leven van cliënten centraal stellen en het zorgaanbod vernieuwen. Dit doen wij aan de hand van de thema's, aan het roer van je eigen leven, regionaal zorgaanbod transformeren en kostensturing op zorg.

Via onze strategie zorgen we niet alleen dat de zorg vandaag goed geregeld is, maar we denken ook na over hoe we die zorg in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en passend kunnen houden. Dit vraagt om een transformatie van de langdurige zorg. Dit doen we via dialogen met zorgaanbieders en met cliënten (raden) over onder andere kwaliteit, samenwerking en innovatie. Daarbij gaat het om zowel praktische vraagstukken uit de dagelijkse zorgpraktijk als om bredere, strategische keuzes voor de toekomst. Denk bijvoorbeeld aan hoe we organiseren bij schaarste aan zorgmedewerkers, hoe we blijven aansluiten bij wat cliënten echt nodig hebben en hoe we ruimte bieden aan initiatieven die bijdragen aan vernieuwing en verbetering van zorg.

Het transformeren van de langdurige zorg begint bijna altijd met deze dialogen en de bereidheid om samen in een regio naar oplossingen te zoeken. De langdurige zorg verandert continu. Juist daarom is samenwerken zo belangrijk. Dit is de basis voor ons nieuwe beleidskader. Het is een moment om vooruit te kijken en om ruimte te geven aan nieuwe ideeën passend bij de ondersteunings- en zorgvraag van de cliënt vanuit onze strategie.

Alleen zo kunnen we blijven bijdragen aan een samenleving waar iedereen de zorg en de ondersteuning krijgt die nodig is.

Caro Verlaan

Directeur CZ zorgkantoor

Status en positie van dit document

Dit document is het regionale inkoopkader van CZ zorgkantoor. Het beschrijft de visie en het beleid dat bepalend is voor de wijze waarop CZ zorgkantoor invulling geeft aan het inkopen van zorg in de Wet langdurige zorg (Wlz) 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 drie jaar (2027 tot en met 2029), met een mogelijke optie tot verlenging van twee keer één jaar. Tijdens de looptijd actualiseren wij dit document jaarlijks wanneer bijvoorbeeld wijzigingen in wet- en regelgeving daartoe aanleiding geven.

Wlz-uitvoerders hebben CZ zorgkantoor gemandateerd om Wlz-zorg in te kopen in de eerder genoemde zorgkantoorregio's. Dit zorginkoopdocument geldt voor alle gecontracteerde zorgaanbieders en voor nieuwe zorgaanbieders die willen inschrijven om Zorg in Natura te leveren in het kader van de Wlz in onze regio's.

Positie van de ZN visie op de langdurige zorg

CZ zorgkantoor volgt de uniforme uitgangspunten voor de zorginkoop van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De ZN visie op de langdurige zorg en de landelijke inkoopdocumenten (bijlagen) kunt u vinden op onze website:

[Downloads zorginkoop 2027 - CZ zorgkantoor \(cz-zorgkantoor.nl\)](#).

Als er een tegenstrijdigheid bestaat tussen het actuele zorginkoopdocument van CZ zorgkantoor en één of meer ZN-documenten, dan gaat het actuele zorginkoopdocument van CZ zorgkantoor voor.

Documenten maken integraal onderdeel uit van de overeenkomst

De ZN visie op de langdurige zorg, de landelijke inkoopdocumenten het actuele CZ zorgkantoor zorginkoopdocument 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.

Als tijdens de looptijd van het zorginkoopdocument van CZ zorgkantoor nieuwe landelijke wetgeving, richtlijnen of protocollen in werking treden die (mede) betrekking hebben op de zorg waarvoor CZ zorgkantoor overeenkomsten met zorgaanbieders heeft gesloten, worden deze automatisch onderdeel van de (meerjarige) overeenkomst vanaf de datum van inwerkingtreding.

Het landelijk beleidskader vult het regionaal inkoopbeleid aan

Het landelijk beleidskader Wlz 2027 behandelt thema's die meer toelichting behoeven en/of waar de zorgkantoren gezamenlijk beleid op voeren. Daarnaast beschrijft het uniforme beleidslijnen en aanvullende inkoopvoorwaarden die gelden naast bestaande wet- en regelgeving. Het is daarmee een integraal onderdeel van het CZ zorginkoopbeleid. We verwachten van zorgaanbieders dat ze dit lezen en toepassen.

1 Doelen, strategische thema's en visies

1.1 Onze visie op een toekomstbestendige langdurige zorg

Wij willen dat cliënten nu en in de toekomst kunnen rekenen op langdurige zorg die passend, toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit is. Dit is zorg die aansluit bij het leven van mensen en meebeweegt met veranderende zorgbehoeften en maatschappelijke ontwikkelingen. Dat vraagt om bewuste keuzes in hoe zorg wordt georganiseerd en wordt ingekocht.

Voor CZ zorgkantoor begint passende zorg niet bij het bestaande aanbod, de organisatie van zorg of financiële kaders, maar bij de vraag die voortkomt uit het leven van mensen. Wat iemand nodig heeft, wordt bepaald door kwaliteit van bestaan, veiligheid, draagkracht van het netwerk en de context waarin iemand leeft. Het zorgaanbod volgt deze vraag, niet andersom.

Wij gaan ervan uit dat zorg die beter aansluit bij de daadwerkelijke vraag vaak leidt tot een beperktere inzet van professionele zorg, terwijl de kwaliteit van bestaan verbetert. Meer zorg is niet automatisch betere zorg. De juiste zorg, op het juiste moment en in de juiste vorm, voorkomt afhankelijkheid, overbelasting en onnodige medicalisering.

Het cliëntenperspectief is daarbij een belangrijk uitgangspunt. Bij het opstellen van dit inkoopbeleid zijn cliënten(vertegenwoordigers) actief betrokken. In gesprekken met cliënten(vertegenwoordigers) uit onze verschillende regio's haalden we ervaringen, zorgen en aandachtspunten op over kwaliteit, toegankelijkheid en de toekomst van de langdurige zorg. Zo gaven cliënten(vertegenwoordigers) bijvoorbeeld aan dat digitalisering en technologische innovaties ondersteunend moeten zijn aan de zorg en aan de relatie tussen cliënt en zorgprofessional. Zij benadrukken ook dat niet iedere innovatie geschikt is voor iedere cliënt of zorglocatie, bijvoorbeeld vanwege verschillen in verstandelijke vermogens of digitale vaardigheden. Dit vraagt om een zorgvuldige inzet van technologie, met aandacht voor weloverwogen implementatie en het gebruik van bewezen effectieve innovaties. Deze cliëntervaringen zijn gebruikt als input voor dit inkoopbeleid en geven richting aan onze keuzes.

De ontwikkelingen in de langdurige zorg maken duidelijk dat een transformatie van het zorgaanbod noodzakelijk is en vragen om nauwe samenwerking met alle relevante partijen in onze regio's. CZ zorgkantoor vervult in deze transformatie meerdere rollen:

- Wij verbinden cliënten, zorgaanbieders en het zorgstelsel.
- Wij kopen voldoende passende Wlz-zorg in.
- Wij bewaken de balans tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.
- Wij organiseren zorg in samenhang met andere partijen in de regio, zowel binnen de Wlz als domeinoverstijgend met partners uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw), Forensische zorg (FZ) en Jeugdwet (JW).

Door het vervullen van deze rollen, draagt CZ zorgkantoor bij aan een langdurige zorg die ook op de langere termijn beschikbaar, passend en betaalbaar blijft.

1.2 Strategische doelen 2027-2029

Voor deze beleidsperiode heeft CZ zorgkantoor twee strategische doelen:

1. **Passende langdurige zorg blijft toegankelijk en beschikbaar voor alle Wlz-cliënten in onze regio's die deze zorg nodig hebben.**
Toegankelijkheid en beschikbaarheid realiseren we door het regionaal zorgaanbod te transformeren zodat deze beter aansluit op individuele, regionale en maatschappelijke behoeften. We sturen op vernieuwing door samen met regionale partners domeinoverstijgende oplossingen te ontwikkelen voor de uitdagingen in de langdurige zorg.

2. Passende langdurige zorg is doelmatig en blijft betaalbaar

We borgen betaalbaarheid en doelmatigheid door afwegingen te maken tussen passende langdurige zorg en maatschappelijke kosten. We zetten in op een efficiënte en verantwoorde inzet van middelen voor de best passende zorg voor cliënten tegen aanvaardbare kosten. Daarbij werken we aan een zorgstructuur die mensen met een Wlz indicatie helpt hun leven zo zelfstandig mogelijk vorm te geven in een thuisomgeving. Dit is met passende zorg en ondersteuning met zoveel mogelijk behoud van eigen regie. Daarnaast stimuleren we innovatie en samenwerking binnen en tussen sectoren en met anderen domeinen. Door slim, doelmatig en toekomstbestendig zorg in te kopen, dragen we bij aan een duurzame inrichting van de langdurige zorg voor zowel huidige als toekomstige cliënten.

1.3 Strategische thema's

We realiseren de strategische doelen aan de hand van drie strategische thema's. Deze thema's helpen ons om samen met onze partners in het veld de strategische doelen te realiseren. In de komende beleidsperiode werken we aan het behalen van de beleidsdoelen aan de hand van deze drie thema's.

We werken onze strategie nog verder uit naar een concretisering van de doelen, hoe we de doelen gaan realiseren en wat de meetbare resultaten zijn. Data gaat hier in de komende beleidsperiode een steeds belangrijkere rol in spelen.

1.3.1 Kostensturing op zorg

Om ook op de lange termijn langdurige zorg toegankelijk en betaalbaar te houden voor alle Wlz cliënten, is het nodig om beschikbare middelen gericht in te zetten. De druk op zorgmedewerkers, zorgaanbod en financiën neemt toe. Dat maakt het steeds belangrijker om bewuste keuzes te maken over waar zorg wordt ingezet en waar verdere groei niet langer passend is.

Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij hier actief aan bijdragen. Zij leveren zorg die niet alleen passend is voor de individuele cliënt, maar die ook betaalbaar blijft voor de maatschappij. Dit vraagt om een inrichting van het zorgaanbod waarin individuele wensen van cliënten steeds worden afgewogen tegen de regionale zorgopgave en de verantwoordelijkheid voor alle cliënten die afhankelijk zijn van Wlz-zorg.

Zorgaanbieders dragen met het bestaande zorgaanbod bij aan het oplossen van regionale knelpunten en aan de toegankelijkheid van zorg. Zij zetten bestaand aanbod en eventuele uitbreidingen alleen in als dit aantoonbaar nodig is en in overeenstemming is met het zorgkantoor.

Het vraagt om een kritische blik op de doelmatigheid van de geleverde zorg, waarbij zorgvuldig wordt gekeken of de inzet van zorgmedewerkers, capaciteit en middelen efficiënt en effectief is georganiseerd. Transparantie over de inzet van middelen en de resultaten die daarmee worden bereikt is daarbij essentieel. Zo kunnen zorgkantoor en zorgaanbieders gezamenlijk sturen op doelmatigheid en betaalbaarheid.

1.3.2 Regionaal zorgaanbod transformeren

De transformatie van het regionale zorgaanbod is nodig om Wlz-zorg ook in de toekomst toegankelijk en passend te houden voor cliënten met complexe zorgvragen. In onze regio's neemt de druk op zorgmedewerkers, huisvesting en intramurale capaciteit toe. Tegelijkertijd wordt de zorgvraag zwaarder en intensiever. Daarom is een bewuste inrichting en positionering van het regionale zorgaanbod noodzakelijk.

De transformatie richt zich primair op het beter laten aansluiten van het zorgaanbod bij de regionale zorgopgave. Dat betekent dat intramurale Wlz-capaciteit wordt behouden en ontwikkeld voor cliënten die hier afhankelijk van zijn. Tegelijkertijd vraagt de transformatie om een regionale verschuiving naar vormen van ondersteuning die intramuraal verblijf kunnen voorkomen of uitstellen en bijdragen aan een doelmatige inzet van schaarse capaciteit.

Samen met zorgaanbieders en andere partners in de regio creëren we een zorglandschap waarin iedereen weet waar hij voor staat en waarin het zorgaanbod elkaar versterkt en logisch op elkaar aansluit. De inzet is een regionaal zorgaanbod waarin zorgmedewerkers en huisvesting doelmatig worden ingezet en waarin voldoende flexibiliteit bestaat om in te spelen op veranderende zorgvragen. Zo blijft intramurale Wlz- zorg beschikbaar voor cliënten met de meest complexe zorgbehoeften en wordt voorkomen dat schaarse capaciteit versnipperd of niet doelgericht wordt ingezet.

1.3.3 Aan het roer van je eigen leven

De wensen en mogelijkheden van cliënten met een Wlz-indicatie veranderen, net als de samenleving waarin zij leven. Cliënten willen meer invloed op hoe zij wonen en hoe zij ondersteund worden. Ze verwachten zorg die aansluit bij hun dagelijks leven, hun sociale omgeving en hun eigen mogelijkheden. Dit vraagt een andere focus in de langdurige zorg. Bestaande woonvormen of zorgstructuren zijn niet leidend, maar de vraag hoe cliënten zo zelfstandig en passend mogelijk kunnen leven.

Voor zorgaanbieders betekent dit dat zij het zorgaanbod zodanig inrichten dat cliënten daadwerkelijk regie kunnen ervaren over hun eigen leven. Dat vraagt om:

- woon- en zorgvormen die ruimte laten voor eigen keuzes;
- een actieve rol van het sociale netwerk;
- passende ondersteuning die meebeweegt met de levensfase van de cliënt.

Het uitgangspunt is dat zelfstandigheid wordt gestimuleerd waar dit verantwoord kan. De zorg wordt zo veel mogelijk in de thuissituatie georganiseerd wanneer dat passend is. Digitale ondersteuning wordt ingezet wanneer dit bijdraagt aan eigen regie en veiligheid. De wens van de cliënt is hierbij een belangrijk uitgangspunt. Het doel is dat cliënten die daartoe in staat zijn zo zelfstandig mogelijk wonen en zich onderdeel voelen van de samenleving en leven in een veilige leefomgeving die als thuis wordt ervaren. Voor cliënten met een zwaardere of meer complexe zorgvraag betekent dit dat ondersteuning wordt geboden op een manier die hun regie en kwaliteit van leven zo veel mogelijk ondersteunt, binnen passende woon- en zorgvormen. Door het zorgaanbod hierop te richten ontstaat langdurige zorg die beter aansluit bij behoeften van cliënten, zonder dat dit ten koste gaat van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Wlz als geheel.

1.4 Visies als fundament

De visies op kwaliteit, zorg thuis, persoonsgebonden budget (pgb) en innovatie vormen het fundament voor het realiseren van de gestelde strategische doelen. We zien deze visies als uitgangspunten om te sturen en de langdurige zorg te transformeren. Hierdoor ontstaat duidelijkheid van de gekozen richting en de weg die we inslaan. We lichten ze in de volgende paragrafen toe.

1.5 Visie op kwaliteit van zorg

Bij het werken aan de drie strategische thema's blijven kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg onverminderd belangrijk. In de huidige maatschappij, waarin het tekort aan zorgmedewerkers verder zal toenemen, komt kwaliteit van zorg in een ander licht te staan. Om langdurige zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, moeten er keuzes worden gemaakt. We bewaken de ondergrens: zorg blijft veilig en verantwoord en voldoet aan professionele normen en richtlijnen. Daarbij wegen we het belang van het collectief mee; het borgen van veilige en verantwoorde zorg voor alle cliënten gaat boven het verder verhogen van de kwaliteit voor enkelen.

We streven naar kwalitatief goede zorg die zoveel mogelijk aansluit bij de behoeften, mogelijkheden en wensen van cliënten met een langdurige zorgvraag. Gecontracteerde zorg draagt bij aan kwaliteit van bestaan, waarbij zorgverleners zich houden aan professionele normen en richtlijnen. De kwaliteitskompassen voor de sector GZ en V&V en het kwaliteitskader voor de sector GGZ binnen de langdurige zorg geven een duidelijk beeld wat goede kwaliteit van zorg per sector is. Ze bieden een compleet overzicht van de aspecten die cliënten, naasten, zorgprofessionals, zorgorganisaties en financiers belangrijk vinden voor kwalitatief goede zorg. Uit gesprekken met cliënten(vertegenwoordigers) komt nadrukkelijk naar voren dat voldoen aan de kwaliteitskompassen en het kwaliteitskader een minimale randvoorwaarde is voor verantwoorde zorg.

De kwaliteitskompassen en het kwaliteitskader ondersteunen het leren en ontwikkelen in de zorg. Ze bieden zorgorganisaties een instrument om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geboden zorg en waar mogelijk verbeteringen door te voeren. Voor ons als zorgkantoor vormen deze kompassen en het kader, naast de professionele standaarden en richtlijnen, de basis voor gesprekken met zorgaanbieders over kwalitatief goede zorg.

1.6 Visie op zorg thuis

CZ zorgkantoor hanteert het uitgangspunt *'thuis, tenzij'* als leidend kader binnen de Wlz. Wij vinden het belangrijk dat cliënten zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen, met passende zorg en ondersteuning in de eigen leefomgeving. Zorg thuis is daarbij een volwaardige en toekomstbestendige vorm van zorg, geen tussenstap. Intramuraal verblijf komt alleen in beeld wanneer zorg thuis aantoonbaar niet verantwoord, uitvoerbaar of doelmatig kan worden georganiseerd. Dit uitgangspunt is context gedreven en geldt voor alle zorgprofielen.

De afweging voor de inzet van zorg start bij de vraag van de cliënt en diens kwaliteit van bestaan. Van daaruit wordt bepaald welke ondersteuning nodig en haalbaar is. Professionele normen en expertise zijn daarbij essentieel om te beoordelen wat passende zorg is, maar vormen niet het vertrekpunt op zichzelf. De voorkeur van een zorgaanbieder voor een specifieke leveringsvorm of organisatie van zorg is niet leidend. Professionele zorg wordt ingezet wanneer deze aantoonbaar waarde toevoegt voor de cliënt.

Gezien de schaarste aan zorgprofessionals verwachten wij dat zorgaanbieders doelmatig sturen op de inzet van medewerkers. Daarbij hanteren we een vaste volgorde in de afweging: eerst wat iemand zelf kan met eigen regie, vervolgens wat mogelijk is met ondersteuning van naasten of het netwerk, daarna de inzet van hulpmiddelen of (zorg)technologie, en pas daarna de inzet van zorgmedewerkers. Opschalen naar zwaardere zorginzet of verblijf vindt alleen plaats wanneer dit aantoonbaar noodzakelijk is voor veilige en passende zorg. Deze afweging wordt vastgelegd in het zorgplan en periodiek herijkt.

Afweging passendheid zorg

Bij de beoordeling welke leveringsvorm het beste past, kijken wij naar de individuele situatie van de cliënt. Daarbij zijn de volgende punten leidend:

- veiligheid voor de cliënt zelf en voor zijn omgeving;
- stabiliteit van de cliënt en de leefomgeving;
- planbaarheid van zorg;
- beschikbaarheid van toezicht in de directe nabijheid;
- eerdere ervaringen met zelfstandig (begeleid) wonen;
- draagkracht van het sociale netwerk;
- doelmatigheid van de zorg.

Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij voorafgaand aan intramurale opname op de genoemde punten een zorgvuldige check uitvoeren. Dit geldt ook voor bestaande intramurale cliënten waarbij de mogelijkheid is om uit te stromen naar een vorm van zorg thuis.

Randvoorwaarden voor zorg thuis

Het realiseren van zorg thuis vraagt om passende randvoorwaarden, zoals voldoende en geschikt woningaanbod, beschikbaarheid van respijtzorg, aanwezigheid van dagbesteding, regionale samenwerking en inzet van (zorg)technologie. CZ zorgkantoor zet zich samen met zorgaanbieders en andere partners in om deze randvoorwaarden verder te versterken. Wanneer zorg thuis niet (meer) doelmatig of kwalitatief verantwoord is, moet zorg in een andere setting beschikbaar blijven.

Sturing op 'thuis, tenzij'

De beweging naar meer zorg thuis ontstaat niet alleen door financiële- of prestatieprikkels, maar ook omdat dit past bij de wens van de cliënt. We sturen via volume op beschikbare intramurale capaciteit, maken regionale afspraken over zorg thuis en tussenvormen, en blijven hierover in gesprek aan de regiotafel. Dit vraagt ook van zorgaanbieders met een overwegend intramuraal zorgaanbod een actieve bijdrage aan de regionale beweging richting meer extramurale zorg en zelfstandige woonvormen.

Volgordelijkheid in leveringsvormen

Wij hanteren een duidelijke volgordelijkheid: het Modulair Pakket Thuis (MPT) is voorliggend op het Volledig Pakket Thuis (VPT). Beide extramurale leveringsvormen gaan voor op intramuraal verblijf. Deze volgordelijkheid is gebaseerd op het uitgangspunt dat MPT en VPT passende alternatieven kunnen bieden voor verblijf. MPT wordt ingezet wanneer dit passend en verantwoord is; VPT zien wij als een integraal pakket dat in de thuissituatie vergelijkbare zorg biedt als intramuraal verblijf. Alleen wanneer zorg thuis niet mogelijk is, komt intramurale zorg (Zorgzwaartepakket (ZZP)) in beeld.

Plaats van intramurale zorg

Intramurale zorg is bedoeld voor situaties waarin geen verantwoord of doelmatig extramuraal alternatief beschikbaar is gelet op de zorgvraag en de context van de cliënt. Wat passend is, verschilt per situatie en wordt mede bepaald door factoren zoals woonomgeving en sociaal netwerk. Het uitgangspunt blijft: 'thuis, tenzij'.

Vanuit dit uitgangspunt heeft CZ zorgkantoor de verantwoordelijkheid om regionaal voldoende en passende intramurale capaciteit beschikbaar te houden, in omvang, spreiding en aansluiting op de zorgvraag. Vastgoed- en exploitatiekeuzes maken daarbij onderdeel uit van het ondernemerschap van zorgaanbieders. Wanneer risico's ontstaan voor de toegankelijkheid of kwaliteit van zorg, gaat het zorgkantoor hierover gericht in gesprek met zorgaanbieders, zonder hun verantwoordelijkheid over te nemen.

1.7 Visie op het persoonsgebonden budget (pgb)

Wij willen terug naar de oorspronkelijke bedoeling van het pgb. Het pgb is bedoeld voor cliënten waarbij Zorg in Natura (ZIN) aantoonbaar niet passend of onvoldoende beschikbaar is en voor cliënten die in staat zijn het pgb te beheren. In dat kader hanteert CZ zorgkantoor ZIN als uitgangspunt en wordt het pgb ingezet wanneer ZIN geen passende oplossing biedt.

Het pgb is een waardevol instrument voor een specifieke doelgroep en kan bijdragen aan duurzame toegang tot langdurige zorg. Tegelijkertijd zien wij dat verschillen tussen pgb en ZIN, toenemende administratieve lasten voor zowel cliënt, zorgkantoor als pgb-zorgaanbieder, en signalen van oneigenlijk gebruik de uitvoerbaarheid en het draagvlak van het pgb onder druk zetten. Dit vraagt om een zorgvuldige herijking van de verhouding tussen ZIN en pgb. We hebben daarbij oog voor de cliënt, onze zorgplicht en de houdbaarheid van het zorgstelsel.

Uitgangspunten

Bij de invulling van onze visie op het pgb hanteren wij de volgende uitgangspunten:

- Het pgb is bedoeld voor mensen die hier bewust voor kiezen, die in staat zijn het pgb op verantwoorde wijze te beheren en waarbij de inzet van pgb past binnen de wettelijke voorwaarden.
- Passende zorg staat centraal. De gekozen leveringsvorm – ZIN of pgb – moet aansluiten bij de persoonlijke omstandigheden en ondersteunings- en zorgvraag van de cliënt.
- Wij zien ZIN als een belangrijke en toekomstbestendige leveringsvorm binnen de Wlz. Wanneer ZIN passend en beschikbaar is, heeft deze leveringsvorm vanuit onze visie de voorkeur.
- Keuzevrijheid en eigen regie van cliënten blijven belangrijke waarden, binnen de kaders van de Wlz en met inachtneming van de zorgplicht van het zorgkantoor.
- Cliënten moeten beschikken over duidelijke en tijdige informatie om een bewuste en goed onderbouwde keuze te kunnen maken tussen ZIN en pgb.

Deze visie sluit aan bij de landelijke beleidsrichting uit de budgettaire bijlage bij het coalitieakkoord, waarin is vastgelegd dat binnen de Wlz ZIN voorliggend is op het pgb, wanneer deze passend en beschikbaar is.

Overgang van pgb naar ZIN

Wanneer uit de ondersteunings- en zorgvraag blijkt dat ZIN voor een cliënt passend en haalbaar is, ziet CZ zorgkantoor ZIN vanuit zijn visie als de meest aangewezen leveringsvorm. In die situaties gaan wij graag met cliënten en betrokken zorgaanbieders in gesprek over de vraag welke leveringsvorm het best aansluit bij de situatie van de cliënt. Dit kan ook zijn op individuele zorg, zoals dagbesteding of begeleiding, en op situaties waarin sprake is van een combinatie van pgb en ZIN bij één zorgaanbieder.

Wij zien daarnaast dat sommige wooninitiatieven die via een pgb worden gefinancierd, in de praktijk kenmerken hebben die vergelijkbaar zijn met ZIN. Daarom verkennen wij bij bestaande pgb-wooninitiatieven of contractering in ZIN-vorm passend en wenselijk is. Dit sluit aan bij de landelijke ontwikkeling waarin ZIN nadrukkelijker als voorliggende leveringsvorm wordt beschouwd. Om die reden zet CZ zorgkantoor in op het contracteren via ZIN van bestaande pgb- wooninitiatieven, dat wil zeggen: wooninitiatieven die reeds bestonden vóór 1 januari 2026.

Zorg in ZIN-vorm kan worden geleverd door een zorgaanbieder met een Wlz-overeenkomst of door een zorgaanbieder die als onderaannemer is verbonden aan een gecontracteerde zorgaanbieder. Wanneer een pgb-zorgaanbieder de zorg in ZIN-vorm wil voortzetten en nog geen Wlz-overeenkomst heeft, kan deze deelnemen aan de contracteringsprocedure, mits wordt voldaan aan de geldende voorwaarden uit het inkoopbeleid.

ZIN met ruimte voor regie en flexibiliteit in de zorgverlening

CZ zorgkantoor zet er tegelijkertijd op in dat ZIN voldoende ruimte biedt voor regie, flexibiliteit en maatwerk in de zorgverlening. Binnen ZIN stimuleren wij leveringsvormen zoals het MPT en het VPT, die bijdragen aan behoud van regie en flexibiliteit in de organisatie van zorg, zonder dat dit leidt tot ongewenste verschillen in financiering of uitvoering.

Doorontwikkeling

De verdere uitwerking van deze visie op de inzet van het pgb is mede afhankelijk van landelijke besluitvorming en (toekomstige) wet- en regelgeving. In het regeerakkoord is het pgb onderdeel van een bredere inzet op beheersing en doelmatigheid van de langdurige zorg. ZIN geldt daarbij als voorliggende leveringsvorm als deze passend en beschikbaar is. Het pgb wordt ingezet wanneer dit aantoonbaar meerwaarde heeft voor de cliënt. Wij volgen deze landelijke ontwikkelingen en verwerken deze, waar nodig, in het inkoopbeleid en de praktijk.

1.8 Visie op innovatie

Zorgkantoren zien optimalisatie en innovatie als een cruciaal middel om de Wlz-zorg toekomstbestendig te houden voor cliënten, medewerkers en maatschappij. De toenemende druk op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit vraagt om een duidelijke strategie voor het opschalen van bewezen initiatieven (optimalisatie) en het ontwikkelen van nieuwe oplossingen (innovatie). Met als doel het verhogen van implementatie van in de praktijk bewezen initiatieven (optimalisatie) en versnelde en gerichte ontwikkeling van nieuwe innovaties.

We maken daarbij onderscheid tussen:

- **Optimaliseren:** Inzetten van bewezen technologieën en werkwijzen. Wij verwachten van alle zorgaanbieders dat zij zich vanuit de reguliere financiering maximaal inzetten om te optimaliseren.
- **Innoveren:** Verkennen van nieuwe, nog onbewezen technologieën of werkwijzen. Dit doen we alleen samen met zorgaanbieders die daartoe in staat zijn.

Hierbij focussen we op de zes thema's uit de ZN-visie. Het zorgkantoor legt daarbij de nadruk op het kunnen realiseren van de inkoopdoelen zoals deze zijn opgenomen in het regionaal inkoopbeleid.

1.8.1 Wat betekent dit voor zorgaanbieders?

Optimalisatiebeleid

Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij:

-
- Op organisatie of regionaal niveau een visie hebben op optimalisatie en de inbedding daarvan in alle lagen van de organisatie. In deze visie is voldoende aandacht voor de organisatie specifieke benodigde randvoorwaarden.
 - Bij het kiezen van een leverancier of toepassing rekening houden met regionale gegevensuitwisseling.
 - Wij verwachten dat zorgaanbieders voldoen aan de [uniforme ambities zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling](#).

Een aantal toepassingen heeft zich inmiddels zo breed bewezen, dat wij verwachten dat alle zorgaanbieders deze toepassen:

- Medicatie: van fysiek aanreiken naar bijvoorbeeld een medicijndispenser.
- Rapportage: van handmatig naar spraakgestuurd.
- Oogdruppelen: van hulp door een zorgverlener naar zelfstandig met een hulpmiddel.
- Steunkousen: van hulp door een zorgverlener naar zelfstandig met een hulpmiddel.
- Begeleiding: naar een combinatie van fysieke en digitale contactmomenten (bijvoorbeeld via beeldzorg).

Uiteraard past de inzet van toepassingen altijd bij de zorgvraag van cliënten en zijn cliënten daartoe in staat.

Innovatiebeleid

Innoveren betekent het pionieren en ontwikkelen van een volledig nieuw product, dienst of zorgproces, die bijdragen aan duurzame veranderingen in de zorg. We pionieren met een selecte groep zorgaanbieders en/of geven innovatie op regionaal niveau vorm.

Zorgaanbieders onderzoeken de effecten van de innovatie en de randvoorwaarden om op te schalen. Zodat de innovatie in de toekomst onder optimalisatie valt en daarmee breed beschikbaar wordt gesteld. Zorgaanbieders die innoveren voldoen aan de volgende voorwaarden:

- De innovatie wordt met minimaal één andere zorgaanbieder en/of andere maatschappelijke stakeholder (zoals gemeente, het onderwijs, werkgevers) ontwikkeld.
- De zorgaanbieder heeft een duidelijke, met het zorgkantoor overeenkomstige, visie op innovatie.
- Het betreft een nog onbekende, toekomstgerichte technologische of methodologische vernieuwing die niet breed beschikbaar is en nog niet is opgenomen in bestaande professionele standaarden.
- Er is nog geen op praktijkervaring gebaseerde, businesscase beschikbaar en onvoldoende bewijslast over de effectiviteit van de innovatie.
- De zorgaanbieder heeft voldoende capaciteit, mensen en slagkracht om innovatieve concepten te ontwikkelen en succesvol te implementeren.
- De zorgaanbieder beschikt over voldoende financiële middelen én toont bereidheid om te investeren in het onderzoeken van de innovatie.
- De zorgaanbieder is ambassadeur van het innovatietraject.

1.8.2 Wat doet het zorgkantoor?

Optimalisatiebeleid

Samen met zorgaanbieders brengen we in kaart waar zij staan ten opzichte van de inkoopdoelen aan het begin van de beleidsperiode, waar zij in 2030 willen staan en hoe optimalisatie hieraan bijdraagt. Het zorgkantoor deelt op de [website](#) goede voorbeelden van optimalisatie ter inspiratie.

Waar nodig zal het zorgkantoor in de periodieke overleggen de voortgang monitoren. Eventuele voortgangs- en verbeterafspraken worden schriftelijk vastgelegd.

Innovatiebeleid

We willen innovatiekracht in de sector optimaal benutten en dubbel werk voorkomen. Daarom brengen de zorgkantoren gezamenlijk meer focus aan. Zo voorkomen we dat er op meerdere plekken aan dezelfde innovatie wordt gewerkt. Samen met zorgaanbieders selecteren we potentieel baanbrekende innovaties.

Zorgkantoren kunnen innovatietrajecten ondersteunen met kennis, capaciteit of financiële middelen (op voorwaarde dat er geen andere voorliggende financieringsmogelijkheden zijn), op basis van een concreet plan en duidelijke afspraken.

1.9 Uitvoering van de visie

Het opvolgen van de visies gebeurt niet vanzelf. Dit vraagt wat van ons als zorgkantoor, maar ook van u als zorgaanbieder.

1.9.1 Wat mogen zorgaanbieders van ons verwachten?

Het zorgkantoor neemt regie op een toekomstbestendig regionaal zorgaanbod dat toegankelijk en betaalbaar blijft, met bijzondere aandacht voor cliënten met complexe zorgbehoeften. Op basis van analyses en signalen uit de praktijk maken wij hierin keuzes en geven wij richting aan de ontwikkeling van het zorgaanbod. Hieronder leest u wat u daarin concreet van ons mag verwachten.

- **Regie op het regionale zorgaanbod**
Wij nemen regie op een toegankelijk, betaalbaar en toekomstbestendig regionaal zorgaanbod, op basis van data, regiobeelden en signalen uit de praktijk, met bijzondere aandacht voor cliënten met complexe zorgvragen.
- **Gerichte keuzes met oog voor samenhang**
Op basis van regionale analyses maken wij – waar nodig – keuzes in ontwikkeling, concentratie of afbouw van het zorgaanbod, met het doel om passende zorg beschikbaar te houden. Daarbij sturen wij op het voorkomen en tijdig oplossen van versnippering, hiaten en (risico's op) discontinuïteit, en gaan wij hierover in gesprek met betrokken partijen wanneer dat nodig is.
- **Ruimte voor samenwerking rondom de cliënt**
Wij faciliteren en stimuleren samenwerking tussen zorgaanbieders en met partners in zorg, wonen en het sociaal domein, om zo samenhang, continuïteit en passende ondersteuning rond de cliënt te versterken.
- **Transparantie over betaalbaarheid en keuzes**
Wij zijn open over financiële kaders en afwegingen rond betaalbaarheid en doelmatigheid. We gaan hierover in gesprek met zorgaanbieders als ontwikkelingen daar aanleiding toe geven.
- **Ondersteuning van passende en doelmatige initiatieven**
Goede voorbeelden die aantoonbaar bijdragen aan kwaliteit, toegankelijkheid en beheersing van kosten krijgen de ruimte. Waar nodig maken we maatwerkafspraken.
- **Zorg dichtbij en met zoveel mogelijk eigen regie**
Wij zetten in op zorg en ondersteuning die zo veel mogelijk thuis of in een thuis nabije omgeving wordt georganiseerd, met aandacht voor eigen regie, informele netwerken en passende inzet van professionele zorg.
- **Aandacht voor randvoorwaarden en continuïteit**
We bewaken belangrijke randvoorwaarden zoals beschikbaarheid van onplanbare zorg, medisch generalistische zorg en respijtzorg, zodat zorg ook in complexe situaties passend is en continu blijft.
- **Stimulans voor preventie en innovatie**
Preventie, vroegsignalering en bewezen effectieve innovaties – waaronder technologische ondersteuning – worden actief gestimuleerd om zorgvragen te voorkomen en de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te versterken.

1.9.2 Wat verwachten wij van zorgaanbieders?

Om te komen tot een toegankelijk, betaalbaar en toekomstbestendig zorglandschap verwachten wij dat zorgaanbieders hun handelen en gemaakte keuzes aantoonbaar afstemmen op de regionale opgaven en de uitgangspunten van dit inkoopbeleid.

- **Bijdragen aan regionale opgaven**
Zorgaanbieders stemmen hun handelen en keuzes aantoonbaar af op de regionale opgaven en uitgangspunten van ons inkoopbeleid, met expliciete aandacht voor cliënten met complexe zorgbehoeften.
- **Cliëntgerichte organisatie van zorg**
Zorg en ondersteuning worden georganiseerd vanuit de zorgbehoefte van de cliënt, met oog voor kwaliteit en veiligheid.
- **Doelmatige inzet van zorgmedewerkers**
Zorgaanbieders maken aantoonbaar een bewuste afweging over de aard en omvang van de inzet van zorgmedewerkers. Voordat zorgmedewerkers worden ingezet of opgeschaald, wordt gekeken naar de mogelijkheden van de cliënt zelf, het sociale netwerk, technologie en andere ondersteuningsvormen.

-
- **Continuïteit bij overdrachten en domeinovergangen**
Zorgaanbieders borgen continuïteit van zorg en ondersteuning bij overdrachten en domeinovergangen, zodat zorg en ondersteuning niet wegvallen door afbakeningen of samenwerkingsgrenzen.
 - **Transparantie en aanspreekbaarheid**
Zorgaanbieders delen tijdig en betrouwbaar informatie over zorginzet, capaciteit, wachttijden en resultaten, en zijn transparant over bereikbaarheid, samenwerkingsafspraken en knelpunten. Zij zijn aanspreekbaar en informeren CZ zorgkantoor tijdig wanneer signalen van cliënten (vertegenwoordigers), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of zorgkantoor wijzen op risico's voor kwaliteit, veiligheid of continuïteit van zorg.
 - **Actieve (boven)regionale samenwerking**
Zorgaanbieders nemen actief deel aan regionale, bovenregionale en domeinoverstijgende samenwerking. Wanneer lokale expertise of capaciteit tekortschiet, dragen zij bij aan gezamenlijke oplossingen om continuïteit en kwaliteit van zorg te borgen.
 - **Meebewegen met regionale keuzes**
Zorgaanbieders zijn bereid hun zorgaanbod, werkwijze of inzet aan te passen wanneer dit bijdraagt aan toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en het oplossen van regionale knelpunten.
 - **Passende zorg dichtbij en met eigen regie**
Zorgaanbieders dragen bij aan zorg die zo dicht mogelijk bij de cliënt wordt georganiseerd, het versterken van eigen regie van cliënten en het periodiek voeren van het gesprek hierover met cliënten en hun netwerk.
 - **Investeren in preventie, innovatie en netwerken**
Preventie, vroegsignalering, informele netwerken en bewezen effectieve innovaties – inclusief zorgtechnologie – worden actief benut en verder ontwikkeld.
 - **Blijvende inzet voor complexe en beschermde zorg**
Zorgaanbieders blijven zich gezamenlijk inzetten voor passende zorg aan cliënten met complexe zorgvragen en dragen bij aan toekomstbestendige (beschermde) woonzorgvoorzieningen binnen regionale netwerken.

2 Sectorale koers Verpleging & Verzorging (V&V)

Dit hoofdstuk beschrijft de sectorale koers en uitgangspunten voor de sector V&V, inclusief de doorwerking daarvan in sectorspecifieke inkoopaccenten. De concrete accenten en inzet per jaar werken we jaarlijks bij op basis van actuele data, monitoring van toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid en ontwikkelingen in beleid en wetgeving. Hiermee borgt CZ zorgkantoor een consistente koers, met ruimte voor regionale en jaarlijkse bijsturing.

2.1 Sectorbeeld V&V

De ouderenzorg staat onder structurele druk. De zorgvraag verandert door demografische ontwikkelingen en toenemende complexiteit, terwijl de beschikbare capaciteit, bestaande uit zorgmedewerkers, passende huisvesting en financiële ruimte, steeds verder onder spanning komt te staan. De aard en omvang van deze opgave verschilt per regio en zelfs binnen regio's. Analyses van CZ zorgkantoor laten zien dat meerdere factoren invloed hebben op de ontwikkeling van de ouderenzorg en op de regionale opgaven die daaruit voortvloeien.

De persoonlijke voorkeur van cliënten verschuift steeds meer richting zelfstandigheid, wonen in de vertrouwde omgeving en maatwerk in ondersteuning. Tegelijkertijd verschillen de mogelijkheden om zorg thuis te organiseren sterk per cliënt en leefomgeving. In sommige wijken is er bijvoorbeeld meer steun vanuit het sociale netwerk en zijn voorzieningen beter beschikbaar; in andere wijken is die steun beperkter en is de druk op mantelzorgers groter. Daardoor kan niet iedereen de beweging naar langer thuis wonen in dezelfde mate maken. Het samenspel van deze ontwikkelingen leidt tot uiteenlopende impact op de ouderenzorg en vraagt om een flexibele, lokale aanpak.

Uit analyses komt ook naar voren dat de beweging richting zorg thuis daadwerkelijk doorzet, waarbij de zorg die thuis wordt geleverd steeds zwaarder en complexer wordt. Daarbij is de intramurale capaciteit landelijk begrensd en regionaal verschillend verdeeld: waar de ene regio te maken heeft met bezettingsdruk, ziet de andere regio juist leegstand of afbouw. Dit alles gebeurt in een context waarin arbeidsmarktkrapte de belangrijkste beperkende factor vormt voor zowel groei als transformatie van het zorgaanbod.

Vanuit de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) verwachten wij de komende jaren verdere ontwikkelingen. Wij volgen deze ontwikkelingen nauw en actualiseren ons beleid waar nodig.

Tegelijkertijd met de geschetste ontwikkelingen signaleren we in de praktijk een aantal terugkerende fricties. Zo zien we dat zorg en ondersteuning bij domeinovergangen of wisselingen van zorgaanbieder of leveringsvorm niet altijd naadloos op elkaar aansluiten. Ook is bij zorg thuis of bij inzet van meerdere partijen niet altijd duidelijk wie regie voert op samenhang en continuïteit rond de cliënt. In de uitvoering leidt dit geregeld tot versnippering, onduidelijkheid en herhaalde afstemming, met risico's voor kwaliteit, veiligheid en doelmatige inzet van schaarse capaciteit.

Daarnaast zien we dat de druk op toegankelijkheid in de V&V vaak ontstaat in de bredere ouderenzorgketen. Knelpunten in samenwerking, overdracht en doorstroom tussen ziekenhuis, eerste lijn, wijkverpleging en Wlz-zorg werken direct door in de beschikbaarheid en passendheid van Wlz-zorg. Dit is onder meer zichtbaar bij crisisonames, stagnatie in de uitstroom en situaties waarin cliënten onnodig lang verblijven op een plek die niet goed past bij hun zorgvraag.

De complexiteit van zorg thuis neemt verder toe. Dat vraagt om meer dan alleen een verschuiving van verblijf naar thuis. Het vraagt om een Wlz-specifieke manier van organiseren, met duidelijke afspraken over bereikbaarheid, beschikbaarheid, deskundigheid, regie, samenwerking en veiligheid. Waar die randvoorwaarden onvoldoende op orde zijn, ontstaan risico's voor cliënten, naasten en zorgaanbieders.

Ook ontbreekt nog regelmatig een scherp en gedeeld beeld van de totale regionale capaciteit en woonzorgmix. Het gaat daarbij niet alleen om intramurale plaatsen, maar ook om geclusterde woonvormen, andere tussenvormen en overig aanbod van zorg in de thuissituatie. Als dit beeld onvoldoende scherp is, wordt het lastiger om tijdig bij te sturen en om regionale keuzes te maken die bijdragen aan toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

2.2 Prioriteiten V&V

We hebben de belangrijkste fricties, knelpunten, risico's en thema's in de ouderenzorg in kaart gebracht. Dit hebben we gedaan op basis van signalen en ervaringen van cliënten (vertegenwoordigers), cliëntenraden en zorgaanbieders uit onze regionale overleggen, aangevuld met data-analyses, onderzoeken en evaluaties van eerder beleid. Op basis hiervan leggen we binnen de sector V&V de nadruk op de volgende inhoudelijke prioriteiten. Deze prioriteiten sturen onze afspraken met zorgaanbieders en vormen de basis voor de regionale agenda.

- **Borgen van continuïteit en samenhang van zorg**
Zorg en ondersteuning mogen niet wegvallen bij domeinovergangen, wisseling van zorgaanbieder of wijziging van leveringsvorm. Daarom sturen wij op duidelijke verantwoordelijkheden, betere afstemming in de uitvoering en herkenbare regie rond de cliënt. Samenwerking is daarbij geen vrijblijvende keuze, maar een voorwaarde voor passende en veilige zorg.
- **Versterken van zorg thuis binnen verantwoorde randvoorwaarden**
De beweging naar meer zorg thuis vraagt om een bewuste en Wlz-specifieke inrichting van zorg. Thuis, tenzij, betekent niet thuis zonder vangnet. Daarom sturen wij op zorg thuis die uitvoerbaar, veilig en van voldoende kwaliteit is, met passende deskundigheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid van ondersteuning en goede samenwerking met het netwerk en andere betrokken partijen.
- **Regionaal sturen op passende capaciteit en woonzorgmix**
Niet iedere vorm van zorg hoeft in elke regio of door iedere zorgaanbieder in dezelfde mate beschikbaar te zijn. Wij sturen daarom bewuster op de aansluiting tussen vraag en aanbod, op basis van regionale zorgopgaven, regionale analyses en de feitelijke woonzorgmix. Daarbij gaat het zowel om intramurale capaciteit als om extramurale en geclusterde woonvormen en andere tussenvormen.
- **Verbeteren van toegankelijkheid in de ouderenzorgketen**
Toegankelijkheid van Wlz-zorg staat niet los van de rest van de keten. Daarom richten wij ons ook op de aansluiting tussen ziekenhuiszorg, eerste lijn, wijkverpleging en Wlz-zorg. We willen knelpunten ten aanzien van crisiszorg, doorstroom, uitstroom en overdracht voorkomen, zodat cliënten tijdig passende zorg krijgen en capaciteit doelmatig wordt ingezet.

2.3 Sectorspecifieke verwachtingen

In hoofdstuk 1 beschreven we wat wij in algemene zin van alle zorgaanbieders verwachten en wat zij van ons mogen verwachten. Voor de V&V vullen we dit aan met sectorspecifieke verwachtingen.

2.3.1 Wat mogen zorgaanbieders van ons verwachten?

- **Regie op de regionale randvoorwaarden voor zorg thuis**
Wij agenderen en concretiseren aan de regiotafel de randvoorwaarden voor veilige en uitvoerbare zorg thuis, zoals bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg, onplanbare zorg, medisch-generalistische zorg en respijtzorg.
- **Sturing op continuïteit van zorg**
Wij sturen op het voorkomen van discontinuïteit bij domeinovergangen en bij wisseling van zorgaanbieder of leveringsvorm. Waar nodig faciliteren wij samenwerking en regionale werkafspraken, zodat noodzakelijke ondersteuning niet wegvalt.
- **Inkoopkeuzes op basis van regionale analyses**
Wij verbinden inkoopkeuzes en afspraken aan regionale vraag- en aanbodanalyses, inclusief de woonzorgmix, zodat schaarse capaciteit zoveel mogelijk wordt ingezet waar deze het meest nodig is.
- **Concretisering van de inzet van MPT en VPT**
Wij concretiseren regionaal de toepassing van MPT en VPT bij zorg thuis en maken, waar nodig, werkafspraken over de inzet daarvan, inclusief afspraken over regie, bereikbaarheid en opschaling.

- **Gerichte inzet op toegankelijkheid**

Via de regiotafel werken wij in alle regio's aan verbetering van de toegankelijkheid. Waar knelpunten het meest urgent zijn, zetten wij gerichte acties in.

2.3.2 Wat verwachten wij van zorgaanbieders in de sector V&V?

- **Verantwoordelijkheid voor samenhang en continuïteit van zorg**

Zorgaanbieders nemen verantwoordelijkheid voor de samenhang, continuïteit en afstemming van de Wlz-zorg die past bij de indicatie en de situatie van de cliënt, ongeacht de leveringsvorm en ongeacht of onderdelen van de zorg door henzelf of door andere partijen worden geleverd. Bij zorg thuis is altijd duidelijk welke zorgaanbieder regie voert.

- **Borging van bereikbaarheid, beschikbaarheid en continuïteit**

Zorgaanbieders organiseren de noodzakelijke bereikbaarheid, beschikbaarheid en continuïteit van zorg, passend bij de Wlz-indicatie en de zorgcontext van de cliënt. Dat betekent dat zorg niet beperkt blijft tot planbare inzet, maar dat ook bij onverwachte of onveilige situaties tijdig passende ondersteuning beschikbaar is.

- **Bijdragen aan het voorkomen van crisis en aan passende uitstroom**

Zorgaanbieders signaleren risico's op ontregeling of onveilige situaties tijdig en zetten passende zorg en ondersteuning in om crisisopnames zoveel mogelijk te voorkomen. Als een crisisopname toch nodig is, zetten zij zich actief in voor een zo kort mogelijke verblijfsduur en passende uitstroom.

- **Actieve samenwerking als volledige zorg niet zelfstandig geleverd kan worden**

Als een zorgaanbieder niet zelfstandig alle benodigde Wlz-zorg kan leveren, verwachten wij actieve samenwerking met andere zorgaanbieders of, waar nodig, tijdelijke onderaanneming. Organisatorische of bedrijfsmatige grenzen mogen er niet toe leiden dat noodzakelijke ondersteuning wegvalt.

- **Een bewuste visie op Wlz-zorg**

Zorgaanbieders beschikken over een bewuste visie op het leveren van Wlz-zorg voor nu en in de toekomst. Daarin is in ieder geval uitgewerkt:

- voor welke doelgroepen en situaties het aanbod passend is;
- hoe bereikbaarheid, beschikbaarheid, deskundigheid en veiligheid zijn geborgd;
- hoe regie en coördinatie rond de cliënt zijn georganiseerd, inclusief samenwerking met huisarts en specialist ouderengeneeskunde;
- hoe wordt samengewerkt met naasten en netwerk, en welke inzet van hulpmiddelen en zorgtechnologie daarbij past.

2.4 Inkoopaccenten

De sectorale koers voor V&V werkt door in onze inkoopkeuzes over de positionering en ontwikkeling van het regionale zorgaanbod. Deze inkoopaccenten geven richting aan sectorspecifieke afwegingen binnen de bredere instrumenten voor volume en gericht inkopen uit hoofdstuk 4.

2.4.1 Intramurale zorg

CZ zorgkantoor hanteert het uitgangspunt 'thuis, tenzij' als leidraad voor de positionering van intramurale zorg binnen de Wlz. De generieke uitgangspunten voor 'thuis, tenzij' en de context gedreven afweging zijn beschreven in paragraaf 1.4.2. In de V&V is dit thema extra urgent, omdat de vraag hoeveel intramurale capaciteit nodig is sterk samenhangt met de (on)mogelijkheden om zorg thuis verantwoord en uitvoerbaar te organiseren. Regionale verschillen in alternatieven en randvoorwaarden kunnen ertoe leiden dat binnen dezelfde regio zowel wachtlijstdruk als leegstand of afbouw voorkomt. Daarom verbinden wij de toepassing van 'thuis, tenzij' expliciet aan regionale sturing op woonzorgmix, spreiding en continuïteit.

2.4.1.1 Regionale sturing, monitoring en bijsturing

CZ zorgkantoor ondersteunt dit door het opstellen en delen van regiobeelden voor de V&V, het beschikbaar stellen van data en prognoses en door tijdig het gesprek te voeren over verwachte ontwikkelingen, in samenhang met de landelijke uitwerking van het afwegingskader voor verblijf (HLO).

CZ zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om regionaal voldoende en passende intramurale capaciteit beschikbaar te houden. Dit betreft niet alleen het aantal plaatsen, maar ook de aansluiting op de vraag, de behoeften van cliënten en de geografische spreiding van het zorgaanbod. Het zorgkantoor is daarbij niet verantwoordelijk voor individuele vastgoed- of exploitatiebeslissingen; deze blijven onderdeel van het ondernemerschap van zorgaanbieders. Binnen dat ondernemerschap ligt ook de verantwoordelijkheid om te gaan met onzekerheden in de vraag, waarbij wendbaarheid van de organisatie en flexibel gebruik van capaciteit bijdragen aan het beheersen van bedrijfsvoeringsrisico's.

Als wij signaleren dat risico's ontstaan voor toegankelijkheid of kwaliteit van zorg, en daarmee de zorgplicht in het gedrang kan komen, gaan wij hierover gericht in gesprek met zorgaanbieders. Daarbij betrekken we de gevolgen van vastgoed- en capaciteitskeuzes voor de regionale zorgopgave, zonder de verantwoordelijkheid voor deze keuzes over te nemen. Op basis van monitoring en regionale herijking kan CZ zorgkantoor afspraken over volume en ontwikkeling gedurende de beleidsperiode aanpassen.

2.4.1.2 Regionale beschikbaarheid van crisisbedden

Met zorgaanbieders die crisiszorg leveren maken wij afspraken over benodigde capaciteit en de regionale beschikbaarheid van crisisbedden.

Jaarlijks vindt op regionaal niveau een herijking plaats op basis van regionale inzichten, data en analyses, waaronder de bezettingsgraad. Op basis hiervan beoordelen wij of aanpassing van de capaciteit nodig is en stellen wij, waar passend, de afspraken over crisiszorg bij op basis van de bezetting in het voorgaande jaar. Voor het beschikbaar houden van crisisbedden is een vergoeding beschikbaar voor zorgaanbieders die een beschikbaarheidsfunctie garanderen voor directe inzet bij een crisisopname.

2.4.1.3 Rol van intramurale zorgaanbieders in de regionale capaciteit

Van intramurale zorgaanbieders verwachten wij dat zij actief bijdragen aan de regionale afweging over woonzorgmix en capaciteit. Zij brengen leerpunten en signalen uit opnames structureel in aan de regiotafel. Daarbij gaat het om situaties waarin zorg thuis niet langer verantwoord of doelmatig mogelijk bleek. Deze inzichten helpen om de keten vóór opname te verbeteren. Waar nodig herpositioneren zorgaanbieders hun aanbod toekomstgericht en in samenhang met regionale ontwikkelingen. Zo blijft intramurale zorg beschikbaar voor cliënten die daarop zijn aangewezen.

Uitgangspunten over de inzet en bekostiging van behandeling zijn opgenomen in de paragraaf over integrale bekostiging versus modulaire inzet van behandeling.

2.4.2 Extramurale wooninitiatieven met uitsluitend Wlz-cliënten

Uitbreiding van wooninitiatieven met uitsluitend Wlz-cliënten is niet vanzelfsprekend. CZ zorgkantoor beoordeelt initiatieven aan de hand van een samenhangende weging van regionale analyses, signalen en beleidsdoelen. Daarbij kijken wij onder andere naar:

- de bijdrage aan zelfstandigheid;
- inbedding in de wijk;
- samenhang in het regionale zorglandschap;
- de mate waarin het initiatief aantoonbaar aansluit bij een lokale of regionale woon- en zorgbehoefte.

CZ zorgkantoor ziet dat er behoefte is aan beschutte woonvormen met nabijheid van zorg. Daarom worden initiatieven in samenhang gezien met de bredere woon- en leefomgeving. Uitbreiding komt met name in beeld wanneer het initiatief onderdeel is van een bredere context waarin wonen met en zonder zorg samenkomt en waarin zorg aanvullend is en kan worden op- en afgeschaald.

Wij verwachten dat zorgaanbieders plannen voor nieuwe wooninitiatieven met uitsluitend Wlz-cliënten tijdig delen met het zorgkantoor, voordat zij onomkeerbare investerings- of bouwbesluiten nemen. Dit stelt zorgaanbieders in staat om hun risico's te beheersen door plannen te toetsen aan regionale behoefte en samenhang. Het bespreken of delen van plannen met CZ zorgkantoor betekent geen garantie of toezegging van (toekomstige) inkoop. Dit geldt zowel vóór als na realisatie van het initiatief. De verantwoordelijkheid voor besluitvorming, investeringskeuzes en het inschatten van risico's ligt bij de zorgaanbieder. Wij kunnen op basis van actuele regionale data, omstandigheden of beleidskaders besluiten om niet (aanvullend) in te kopen of om afspraken niet uit te breiden.

Als een zorgaanbieder concrete plannen voor een nieuw initiatief niet tijdig bij ons meldt, kan dat invloed hebben op de beoordeling van het initiatief. Regionale afstemming en samenhang heeft dan onvoldoende plaatsgevonden.

2.4.3 Overige extramurale zorg

Volumesturing richt zich op voldoende, passend en integraal aanbod in de wijk. Daarbij kijken wij niet alleen naar de beschikbaarheid van afzonderlijke zorgprestaties, maar ook naar de samenhang, organiseerbaarheid en kwaliteit van het totale zorgaanbod.

Bij het bepalen van volume en bij de beoordeling of (verdere) inkoop bij een zorgaanbieder passend is, weegt CZ zorgkantoor in hoeverre de zorgaanbieder aantoonbaar in staat is om integrale, veilige en verantwoorde Wlz-zorg thuis te leveren. Daarbij wordt onder meer gekeken naar:

- de borging van samenhang en coördinatie van zorg;
- de beschikbaarheid van passende deskundigheid bij toenemende complexiteit;
- de wijze waarop continuïteit en kwaliteit structureel zijn georganiseerd.

Deze weging kan ertoe leiden dat volumeverschillen ontstaan tussen zorgaanbieders, ook als zij vergelijkbare prestaties leveren. De weging en uitkomsten worden waar nodig bijgesteld op basis van monitoring en actuele regionale data.

2.4.3.1 Volgordelijkheid binnen zorg thuis: MPT voorliggend op VPT

In lijn met landelijke afspraken uit het HLO geldt vanaf 2027 dat bij ongeclusterde zorg zonder verblijf voor nieuwe cliënten het MPT in principe voorliggend is op het VPT. Uitgangspunt daarbij is dat nieuwe cliënten in de Wlz-zorg thuis in beginsel starten met een MPT.

CZ zorgkantoor past dit uitgangspunt toe binnen de kaders van het landelijk vastgestelde toetsingskader. Wij zien dit landelijk toetsingskader als een eerste aanzet. In de praktijk is verdere uitwerking nodig om te komen tot een werkbaar en gedragen kader dat bijdraagt aan passende en doelmatige zorg thuis.

Daarom wordt de toepassing van dit uitgangspunt in alle regio's structureel besproken aan de regiotafel. Ervaringen uit de uitvoering worden gezamenlijk benut om het toetsingskader verder te concretiseren, te verfijnen en te verbeteren.

Een ongeclusterd VPT is alleen aan de orde als op basis van het landelijk toetsingskader, in samenhang met de regionale concretisering daarvan, gemotiveerd is vastgesteld dat een MPT in de betreffende situatie niet passend is, en inzet van VPT passender is.

Deze lerende aanpak draagt bij aan een betere balans tussen doelmatigheid, uitvoerbaarheid en cliëntbelang. Ook kan dit input opleveren voor de ontwikkeling van een nieuwe leveringsvorm voor Wlz-zorg thuis.

2.4.4 Behandeling: integrale bekostiging versus modulaire inzet

In het HLO is afgesproken te onderzoeken welke stappen nodig zijn om op termijn geen onderscheid meer te maken tussen verblijf met en zonder behandeling in de Wlz. Over de concrete uitwerking, reikwijdte en het moment van invoering bestaat op moment van schrijven van dit inkoopbeleid nog geen duidelijkheid.

CZ zorgkantoor continueert daarom voor de periode 2027 tot en met 2029 het eerdere beleid voor dit specifieke onderwerp. Verblijf in een Wlz-instelling kan worden ingekocht in- of exclusief behandeling. De maximaal te vergoeden verhouding tussen verblijf inclusief en exclusief behandeling baseren wij op de productieafpraak van jaar t-1 en stellen wij, als dat nodig is, gedurende het jaar bij.

Uitgangspunt is dat cliënten behandeling krijgen wanneer dit nodig is. De gekozen leveringsvorm of bekostigingswijze bepaalt alleen hoe de inzet wordt vergoed, niet óf behandeling geleverd mag worden.

Bij verblijf inclusief behandeling is behandeling integraal onderdeel van de prestatie. In de sector V&V contracteren wij de prestatie 'VPT inclusief behandeling' niet. Bij leveringsvormen zonder integrale behandeling (zoals verblijf exclusief behandeling, MPT, VPT en pgb) wordt, wanneer behandeling nodig is, Wlz-specifieke behandeling altijd modulair ingezet. Overige vormen van behandeling worden in die situatie vanuit de Zvw bekostigd.

Van zorgaanbieders die zelf geen behandeling leveren, verwachten wij dat zij organiseren dat hun cliënten alle benodigde behandeling krijgen. Het gaat daarbij onder andere om huisartsenzorg en Wlz-specifieke behandeling. Deze behandeling is tijdig beschikbaar en wordt daadwerkelijk ingezet, ongeacht de gekozen leveringsvorm, zo nodig via samenwerking met ketenpartners.

2.5 Aandachtspunten voor de regionale agenda

De regionale agenda voor de sector V&V richt zich op het gezamenlijk concretiseren van de in dit hoofdstuk benoemde prioriteiten. Via de regiotafel verbinden we regionale analyses, signalen uit de praktijk en landelijke en regionale ontwikkelingen (zoals IZA, GALA, HLO en regionale woonzorgvisies) aan de Wlz-opgave en vertalen we deze naar gezamenlijke keuzes, afspraken en vervolgacties. De werkwijze van de regiotafel en de vertaling van doelen naar regionale uitvoering lichten we toe in hoofdstuk 3.

De volgende onderwerpen komen daarbij structureel terug:

- regionale vraag- en aanbodanalyses, inclusief ontwikkeling van de woonzorgmix;
- borging en doorontwikkeling van zorg thuis, waaronder bereikbaarheid, veiligheid en 24/7-beschikbaarheid;
- toepassing van het uitgangspunt 'thuis, tenzij' en de effecten daarvan op instroom, doorstroom en capaciteit;
- inzet en positionering van MPT en VPT binnen zorg thuis;
- continuïteit van zorg bij domeinovergangen en bij wisseling van zorgaanbieder of leveringsvorm;
- beschikbaarheid van onplanbare zorg, medisch-generalistische zorg (mgz), crisisplaatsen en respijtzorg;
- coördinatie en benutting van beschikbare regionale capaciteit;
- signalen over knelpunten in toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

Kostensturing is daarbij geen afzonderlijk thema, maar een doorlopende afweging binnen alle regionale keuzes.

3 Werkwijze: van doelen naar regionale uitvoering

CZ zorgkantoor werkt via een vaste, regionale werkwijze om de doelen uit hoofdstuk 1 en de sectorale doelen uit hoofdstuk 2 te bereiken. Met deze werkwijze pakken we sectorale en regionale opgaven gericht aan. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we komen van regionale analyse naar een transformatieagenda, de uitwerking van interventies en de bijsturing daarvan.

3.1 Regiotafel als primair sturingsinstrument

CZ zorgkantoor stuurt de transformatie van het regionaal zorgaanbod vooral via de regiotafel nieuwe stijl. Per sector is de regiotafel het centrale overleg voor het analyseren en interpreteren van ontwikkelingen en voor het in beeld brengen van regionale opgaven en prioriteiten. Aan de regiotafel maken we afspraken over regionale opgaven, randvoorwaarden en gezamenlijke keuzes en is daarom geen vrijblijvend overleg. Het is het startpunt voor regionale transformatie.

Als in regio's al bestaande samenwerkingsstructuren aanwezig zijn, sluiten we daar waar mogelijk op aan. Werkt de bestaande structuur niet goed of past deze niet meer bij de opgave, dan richten we (delen van) de werkwijze en samenwerking opnieuw in.

Om de transformatie tijdig in gang te zetten, start CZ zorgkantoor op korte termijn met de regiotafels nieuwe stijl. Daarbij staan een aangescherpte inhoudelijke focus en een meer uniforme manier van werken centraal. Zo ontstaat ruimte om gezamenlijk prioriteiten te bepalen en tijdig afspraken te maken. CZ zorgkantoor heeft aan de regiotafel de regierol. Wij bepalen de inhoudelijke agenda en stellen, op basis van data, regiobeelden, signalen uit de praktijk en de inbreng van gecontracteerde zorgaanbieders, de regionale opgaven en prioriteiten vast. Daarbij leggen wij de verbinding met onze strategische doelen. De doelen zijn in alle sectoren en alle regio's gelijk. Wat sectoraal en regionaal kan verschillen, zijn de accenten, interventies en afspraken die nodig zijn om deze doelen te realiseren. De regiotafel richt zich nadrukkelijk op de Wlz-opgave. Waar relevant leggen we de verbinding met andere sector- en domeinoverstijgende overlegtafels en initiatieven in de regio, zodat ontwikkelingen elkaar versterken.

Iedere zorgaanbieder levert, passend bij zijn rol, omvang en positie in de regio, een bijdrage aan het realiseren van transformatie van het regionaal zorgaanbod. Van iedere zorgaanbieder wordt verwacht dat deze transparant is en bereid is relevante data te delen, passend binnen de leidraad 'Uitwisseling informatie langdurige zorg' van de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Het bespreken van plannen aan de regiotafel of met CZ zorgkantoor is bedoeld om deze te toetsen aan de regionale opgave en dit inkoopbeleid. Dit leidt niet tot toezeggingen over zorginkoop, volume of financiering.

We maken aan de regiotafel géén afspraken over zorgaanbieder specifieke volume- en prijsafspraken of marktstrategieën. De uitkomsten van de regiotafel vormen input voor de inzet van inkoopinstrumenten, zoals uitgewerkt in hoofdstuk 4, en voor de jaarlijkse herijking van beleid en inkoop. Individuele afspraken met afzonderlijke zorgaanbieders sluiten daarop aan.

3.2 Werkwijze in fasen

De regiotafel werkt volgens een vaste werkwijze. Deze werkwijze kent een vaste volgorde: van regionale analyse naar transformatieagenda, uitwerking van interventies, monitoring van de voortgang en bijsturing.

Figuur 1: Regiotafel – werkwijze in fasen



Proces regiotafel

3.3 Data-gedreven analyse en interpretatie

CZ zorgkantoor gaat de komende jaren meer data-gedreven inkopen. We gebruiken daarvoor interne en externe data, aangevuld met signalen en inzichten uit de praktijk. Data zijn geen doel op zich, maar een middel om ontwikkelingen te begrijpen, risico's tijdig te signaleren en gericht bij te sturen.

Data vormen het vertrekpunt voor de regionale dialoog. Samen met gecontracteerde zorgaanbieders en, waar nodig, andere regionale partijen brengen we de regionale opgaven in beeld en creëren we een gedeeld beeld als basis voor inhoudelijke keuzes.

Daarbij kijken we naar de verklarende factoren achter de vraagontwikkeling, zowel binnen als buiten de Wlz, zoals:

- demografische ontwikkelingen;
- keuzes in de Wlz leveringsvormen;
- regionale aanbodstructuur;
- woonzorgmix;
- beleidsmatige ontwikkelingen, ook in aangrenzende domeinen.

Prognoses helpen om regionale ontwikkelingen tijdig te signaleren en het gesprek te voeren, maar worden waar nodig gedurende het jaar bijgesteld op basis van actuele inzichten en ervaringen uit de praktijk. Aan prognoses kunnen daarom geen automatische aanspraken op toekomstige zorginkoop of volume worden ontleend.

3.4 Van regionale analyse naar transformatieagenda en interventies

Op basis van de gezamenlijke analyse wordt aan de regiotafel vastgesteld:

- welke regionale knelpunten en opgaven prioriteit hebben;
- waar gezamenlijke of gecoördineerde oplossingen noodzakelijk zijn;
- welke interventies bijdragen aan een structurele verbetering van de regionale zorgstructuur.

Deze keuzes worden vastgelegd in een regionale transformatieagenda. Bestaat er al een agenda, dan wordt deze geactualiseerd. De agenda vormt het inhoudelijke kader voor de verdere uitwerking van interventies en projecten. Alleen interventies die passen binnen de regionale opgave, de vastgestelde prioriteiten, de doelen van het zorginkoopbeleid, de beschikbare middelen en de geldende wettelijke kaders, komen in aanmerking voor verdere uitwerking. Als financiering nodig is, wordt een interventie uitgewerkt tot een projectvoorstel met een resultaatgerichte onderbouwing en begroting. Het zorgkantoor legt overeengekomen projectafspraken vast in een addendum. De stappen voor toekenning, financiering en voorwaarden staan in hoofdstuk 4.

3.5 Monitoren, evalueren en bijsturen

De regiotafel volgt op vaste momenten, en waar nodig tussentijds, de voortgang van de regionale transformatieagenda. We kijken daarbij welke knelpunten verminderen, welke randvoorwaarden achterblijven en welke interventies bijsturing nodig hebben. Leerpunten uit de uitvoering gebruiken we om de agenda te actualiseren en prioriteiten te herijken.

3.6 Betrekken van cliëntperspectief

Bij de regionale analyse van de (toekomstige) vraag naar Wlz-zorg, de uitwerking van interventies en de evaluatie daarvan betrekken we het cliëntenperspectief. De manier waarop dit in de regio wordt ingericht, kan verschillen. Het doel is overal gelijk: het borgen van passende zorg en kwaliteit van bestaan van de cliënt.

4 Inkoopinstrumenten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven wij hoe wij tarief, volume en gericht inkopen in samenhang inzetten om onze strategische doelen te realiseren. Daarbij maken wij onderscheid tussen het afgesproken tarief, de volumeafspraken en aanvullende contractafspraken.

Vanaf 2027 werkt CZ zorgkantoor met een regionaal transformatiebudget in plaats van met individuele tariefopslagen en leggen wij aanvullende afspraken afzonderlijk vast.

4.2 Het tariefmodel

4.2.1 Ontwikkeling Tariefmodel vanaf 2021

Vanaf 2021 werken zorgkantoren met een landelijk tariefmodel. In dit eerste model werd er voor alle zorgaanbieders over alle sectoren één reëel tariefpercentage bepaald.

Vanaf 2024 berekent het tariefmodel per sector een richttariefpercentage, waarbij zowel aantallen als marktaandeel van zorgaanbieders wordt meegenomen. Met dit tarief ontvangt minimaal 75% zowel van het aantal als van het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding. Door een norm van 75% te hanteren geldt er voor de overige zorgaanbieders een doelmatigheidsprikkel^[1].

Om meer recht te doen aan verschillen tussen zorgaanbieders zoals gevraagd door de branches en de wens voor meer tariefdifferentiatie, werken de zorgkantoren per 2027 met een verfijnd model, waarbij de zorgkantoren gebruik hebben gemaakt van de ondersteuning van een onafhankelijk adviesbureau.

Op basis van de analyse van de declaratiegegevens 2024 en jaarrekeningdata 2024 zijn zorgaanbieders in groepen (ook wel clusters genoemd) ingedeeld. Zorgaanbieders in een groep leveren dezelfde zorg en hebben een vergelijkbare bedrijfsvoering op basis van objectieve kenmerken. Niet alleen is daarbij relevant welke (soort) zorgprestaties een zorgaanbieder levert, maar ook of de 'kostenkant' van de zorgaanbieder vergelijkbaar is met de andere zorgaanbieders in hetzelfde cluster. In de mate van clustering is de feedback van overleggen met de branches meegenomen. Dit heeft geleid tot in totaal zeven clusters.

4.2.2 Verfijnd Tariefmodel

Per 2027 hanteren zorgkantoren een beleidsmatig verfijnd tariefmodel. De verfijning betreft het corrigeren van het model voor de NHC/ NIC component en een clustering van vergelijkbare zorgaanbieders. Met dit laatste punt willen zorgkantoren meer recht doen aan de verschillen die bestaan tussen typen zorgaanbieders in verschillende sectoren.

1. Corrigeren voor NHC/ NIC component

Als gevolg van de uitspraak van het Hof^[2] hebben zorgkantoren (met terugwerkende kracht) het saldo van de financiële baten en lasten toegevoegd aan het rekenmodel. Hierdoor ontstond een overlap, een deel van die lasten werd namelijk óók vergoed via het 100% tarief voor NHC/NIC. Zorgkantoren hebben ervoor gekozen om – met de ingang van het nieuwe beleid deze overlap eruit te halen door het model te corrigeren voor de NHC/ NIC component, om hiermee ook recht te doen aan de doelmatigheidsopdracht die zorgkantoren hebben.

2. Clustering van vergelijkbare zorgaanbieders binnen sectoren

Binnen een sector worden vergelijkbare zorgaanbieders geclusterd. Een zorgaanbieder wordt toegedeeld naar de sector waar de landelijke omzet het grootste is.

De clustering ziet er per sector als volgt uit:

Alle aanbieders in de GGZ



Volledig
extramurale
aanbieders



Gedeeltelijk
intramurale
aanbieders

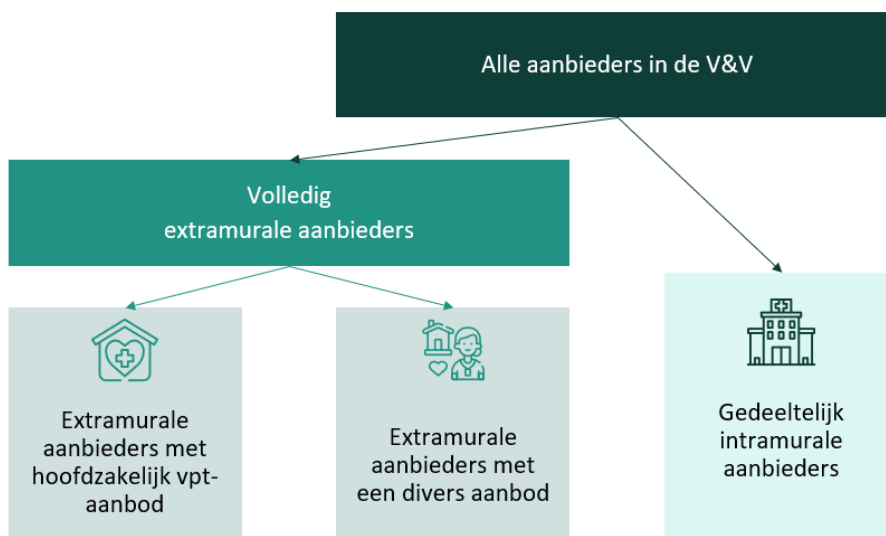
Alle aanbieders in de GZ



Volledig
extramurale
aanbieders



Gedeeltelijk
intramurale
aanbieders



Vervolgens berekenen we per cluster het vertrektariepercentage. Op deze manier kunnen zorgkantoren reële tarieven afspreken, die beter passen bij het type zorgaanbieder. Het verfijnde model is verder toegelicht in het document 'Onderbouwing vertrektarieven per cluster WLZ' (zie bijlage 7 van de landelijke inkoopdocumenten).

Voor de berekening van de vertrektariepercentages zijn de laatst beschikbare jaarverslagen van de zorgaanbieders nodig. Voor de vertrektariepercentages 2027 betreffen dit de beschikbare jaarverslagen 2025. Deze jaarverslagen worden pas op 1 juni gepubliceerd. Dit betekent dat de vertrektariepercentages 2027 pas na deze datum berekend kunnen worden en daarom uiterlijk op 4 september 2026 gepubliceerd worden. Dan zal ook een nieuwe versie van bijlage 7 van de landelijke inkoopdocumenten gepubliceerd worden.

In het proces van de Nota van Inlichtingen kunnen zorgaanbieders vragen stellen over de wijze waarop de vertrektariepercentages 2027 berekend worden. Na publicatie van de vertrektariepercentages 2027 kunnen zorgaanbieders bezwaren uiten tegen de hoogte van de vertrektariepercentages 2027 en de wijze van totstandkoming daarvan. Hiervoor geldt een vervaltermijn 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 4 september 2026 gepubliceerde vertrektariepercentages 2027.

Het vertrektariepercentage is voor de zorgkantoren een gezamenlijk uitgangspunt voor de inkoop. Het is geen minimum- of maximumtarief. Zorgkantoren kunnen zowel een hoger als een lager tariefpercentage afspreken.

Zorgaanbieders waarvoor het geldende vertrektariepercentage aangevuld met eventuele regionale aanvullende afspraken op basis van dit beleid aantoonbaar niet kostendekkend is kunnen een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 4.3.3).

4.2.3. Landelijk cluster/ Zorgaanbieders met cliënten in meerdere sectoren

Zorgkantoren spraken af dat zorgaanbieders landelijk op basis van omzet worden geclusterd en ook landelijk in hetzelfde cluster worden gecontracteerd. Wij sturen op 1 juni aan alle gecontracteerde zorgaanbieders een mail met vermelding van de sector en het cluster waar de betreffende zorgaanbieder is ingedeeld. Als dit cluster afwijkt van de verwachting, neem dan voor 1 juli 2026 contact op met uw zorginkoper. Voor enkele zorgaanbieders leidt dit tot een verschuiving van de sector waaronder de zorgaanbieder gecontracteerd wordt. De prestaties bij sectorvremde indicaties worden vergoed voor het door de zorgaanbieder afgesproken (eigen sector) percentage.

Voor in 2026 nieuw gecontracteerde zorgaanbieders zonder realisatie bepaalt het zorgkantoor op basis van de inkoopafspraken met de betreffende zorgaanbieder het cluster voor 2027.

4.2.4 Bepaling van de tarieven inclusief NHC/NIC en NBF component

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 blijft voor de komende beleidsperiode 100%.

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

4.3 Aanpassingen op het vertrektariefpercentage

Het vertrektariefpercentage is het uitgangspunt voor de betaling van zorg die zorgaanbieders op basis van declaraties leveren. Hierboven is beschreven hoe dit tarief wordt vastgesteld. Dit tarief geldt in principe voor het hele inkoopjaar, met uitzondering van aanpassingen die voortvloeien uit wet- en regelgeving.

Het vertrektariefpercentage is van toepassing op de leveringsvormen ZZP, VPT, DTV, MPT, de toeslagen en de meerzorg. Aanpassing van het vertrektariefpercentage vindt alleen plaats in een beperkt aantal situaties. Deze beschrijven we hieronder.

Alle aanvullende afspraken die zorgkantoren en zorgaanbieders maken, worden overeengekomen via afzonderlijke contractafspraken.

4.3.1 Tariefpercentage nieuwe zorgaanbieders

Dit zijn alle nieuwe zorgaanbieders die voor het betreffende inkoopjaar voor het eerst een Wlz-overeenkomst aangaan met het zorgkantoor. We spreken een tariefpercentage af dat 2% lager is dan het vertrektariefpercentage van het cluster van het betreffende inkoopjaar. Nieuwe zorgaanbieders leveren doorgaans een minder actieve bijdrage aan de regionale ontwikkeling. Ook leveren nieuwe zorgaanbieders vaak niet de volledige breedte van zorg binnen een afgesproken prestatie en/of is de zorgzwaartemix binnen het ZZP lager dan gemiddeld.

4.3.2 Gesprek over financiële resultaten en tariefstelling

Wij vinden het belangrijk dat schaarse middelen doelmatig en rechtmatig worden ingezet en rechtvaardig verdeeld worden, zodat alle cliënten kunnen rekenen op passende en toegankelijke langdurige zorg als dat nodig is. Wij kunnen daarom in gesprek gaan met zorgaanbieders over een lager tariefpercentage dan het vertrektariefpercentage. Dit gesprek kan zowel op ons als op uw eigen initiatief plaatsvinden. Bij zorgaanbieders die in vergelijking met andere zorgaanbieders een hoog positief resultaat behalen, kunnen wij in gesprek gaan over de mogelijkheden om een lager tariefpercentage af te spreken. In deze gesprekken vragen wij om een toelichting op het behaalde financiële resultaat en bekijken wij samen de besteding van dit resultaat, evenals de mogelijkheden om te komen tot lagere tariefpercentages. Wij leggen de uiteindelijke afspraken vast in het addendum bij de overeenkomst.

4.3.3 Hardheidsclausule

Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele zorgaanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

Onder onvoorzien verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele zorgaanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk vertrektariefpercentage 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. U kunt het aanvraagformulier indienen na bekendmaking vertrektariefpercentage, doch uiterlijk 24 september 2026.

Afhankelijk van de situatie kunnen we aanvullende documenten opvragen. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Indien na indiening van de stukken de NZa tarieven worden bijgesteld, dan zal het zorgkantoor de omzet op dezelfde manier bijstellen als dat de NZa tarieven zijn bijgesteld.

Wij geven uiterlijk 23 oktober 2026 een terugkoppeling op uw aanvraag voor de hardheidsclausule. Als achteraf blijkt dat een verleende hardheidsclausule niet nodig blijkt dan wordt de toekenning van de hardheidsclausule teruggedraaid.

4.4 Volumesturing

Met dit inkoopbeleid kiest CZ zorgkantoor voor een andere manier van sturen op volume dan in eerdere jaren. In het verleden bewogen volumes gedurende het jaar grotendeels automatisch mee met gerealiseerde productie. Nu sturen we bewuster op basis van regionale zorgopgaven, actuele en verwachte zorgvraag en de beschikbare capaciteit.

Deze verschuiving vraagt om meer inhoudelijke afweging en dialoog met elkaar gedurende het jaar. Tegelijkertijd is duidelijkheid nodig over het kader waarbinnen we keuzes maken. Welke uitgangspunten zijn vastgelegd in dit beleid? Welke afwegingen worden, binnen dat kader, regionaal en situationeel ingevuld? Door dit onderscheid te maken, borgen we dat keuzes voorspelbaar en uitlegbaar zijn, terwijl er ruimte blijft om in te spelen op regionale verschillen en veranderende omstandigheden.

Vanaf 2027 stuurt CZ zorgkantoor daarom bewust via duidelijke volumeafspraken. Er wordt niet langer automatisch herschikt op basis van declaratieontwikkelingen. Data vormt de inhoudelijke basis voor deze volumesturing. Hierbij wordt in samenhang gekeken naar:

- de mate waarin het zorgaanbod aansluit op de (toekomstige) vraag en behoeften van zorgvragers en hun naasten;
- de toegankelijkheid en continuïteit van zorg;
- de bijdrage aan een toekomstbestendig zorglandschap.

Wij kijken bij volumesturing niet alleen naar declaraties en andere kwantitatieve data. We kijken ook naar hoe de afgesproken volumes zich in de praktijk verhouden tot de beschikbare capaciteit en de inhoudelijke signalen uit de regio. Deze inzichten nemen wij mee bij het maken van keuzes over de inzet en eventuele aanpassing van volumeafspraken, binnen de kaders van dit inkoopbeleid.

De uitgangspunten voor volumesturing zijn voor alle zorgaanbieders gelijk en vastgelegd in dit inkoopbeleid. De toepassing kan per regio of situatie verschillen en wordt bepaald in samenhang met de regionale context. Niet elke ontwikkeling leidt daarmee automatisch tot aanpassing van volumeafspraken. We maken keuzes in samenhang. Daarbij wegen we de keuzevrijheid van cliënten af tegen de verantwoordelijkheid voor toegankelijke, passende en doelmatige zorg in de regio.

4.4.1 Initiële volumeafspraken

De initiële volumeafspraken vormt het vertrekpunt voor de volumesturing in het inkoopjaar. Met deze afspraken maakt CZ zorgkantoor inhoudelijke afspraken met zorgaanbieders over het volume aan zorg dat we inkopen. We baseren dit op basis van de regionale inzichten en beleidsmatige afwegingen die op dat moment beschikbaar zijn.

Voor bestaande zorgaanbieders stellen we de initiële volumeafspraken voor het inkoopjaar 2027 vast op basis van de definitief vastgestelde productieafspraken over 2026. Wij kunnen de initiële volumeafspraken corrigeren voor:

- niet-toegestaan gedeclareerd volume op prestatieniveau;
- wijzigingen naar aanleiding van het bestuurlijk overleg;
- effecten van overheidsmaatregelen.

Voor nieuwe zorgaanbieders stellen wij de initiële volumeafspraken voor het inkoopjaar 2027 vast op basis van het aantal cliënten met een Wlz-indicatie dat de zorgaanbieder al in zorg heeft op het moment van contracteren en, als het aan de orde is, de verwachte ontwikkeling van het volume tot het eerstvolgende moment waarop de volumeafspraken kan worden aangepast. Dit bespreken we met de nieuwe zorgaanbieder en nemen daarin ook de regionale analyses mee.

4.4.2 Monitoren en aanpassen volumeafspraken

CZ zorgkantoor monitort de volumeafspraken gedurende het inkoopjaar. We doen dit maandelijks, op basis van zowel kwantitatieve gegevens als inhoudelijke signalen. Monitoring helpt om ontwikkelingen en risico's tijdig te signaleren en ondersteunt het inhoudelijke gesprek over de regionale zorgopgave. Daarbij kijken we onder andere naar:

- de toegankelijkheid en continuïteit van zorg;
- de inzet en benutting van beschikbare capaciteit;
- de mate waarin het zorgaanbod aansluit bij de (toekomstige) zorgvraag en -opgave.

Monitoring leidt niet automatisch tot aanpassing van volumeafspraken. Realisatie of declaraties vormen een belangrijk signaal, maar geven op zichzelf geen recht op uitbreiding van het afgesproken volume. Dat geldt ook voor uitbreiding van bestaand aanbod of de ontwikkeling van nieuw zorgaanbod. Aanpassing vindt alleen plaats als dit aantoonbaar bijdraagt aan het oplossen van regionale knelpunten of aan het borgen van toegankelijkheid en continuïteit van zorg.

Als aanpassing van de initiële volumeafspraken nodig is, doen we dit in mei van het betreffende inkoopjaar. Op dat moment zijn de eerste declaratieontwikkelingen voldoende zichtbaar om een inhoudelijke afweging te maken over eventuele bijsturing voor de rest van het jaar. De definitieve herschikking van de productieafspraken wordt uiterlijk in november van het betreffende inkoopjaar vastgesteld.

Op basis van de monitoring en de uitgangspunten voor volumesturing kan CZ zorgkantoor besluiten om volumeafspraken te handhaven, gericht bij te stellen of gecontroleerd af te bouwen.

Als aanpassing van de volumeafspraken aan de orde is, hanteren wij deze volgorde:

- We beoordelen of de ontwikkeling past binnen eerder gemaakte (regionale) afspraken en tijdige afstemming met het zorgkantoor.
- We geven prioriteit aan ontwikkelingen die aantoonbaar bijdragen aan regionale knelpunten en regionale afspraken (bijvoorbeeld voortkomend uit regiobeelden en de regiotafel).
- We wegen overige ontwikkelingen. Aanpassing vindt alleen plaats als dit noodzakelijk is om toegankelijkheid en continuïteit van zorg te borgen.

Deze volgorde geldt voor alle zorgaanbieders. De uitkomst hangt af van de regionale opgave, de zorgvraag en de beschikbare capaciteit.

Plannen voor uitbreiding of nieuw zorgaanbod stemmen zorgaanbieders daarom tijdig af met het zorgkantoor. Als uitbreiding niet tijdig is afgestemd, ligt het risico daarvan bij de zorgaanbieder.

Wij evalueren gedurende het jaar de uitvoerbaarheid en effecten van deze werkwijze. Als monitoring of gewijzigde omstandigheden daartoe aanleiding geven, kan CZ zorgkantoor binnen de kaders van dit inkoopbeleid tussentijds volumeafspraken aanpassen. Betreffende zorgaanbieders worden hierover tijdig geïnformeerd.

4.5 Gericht inkopen

Naast prijs en volume gebruikt CZ zorgkantoor gericht inkopen als apart inkoopinstrument. Met gericht inkopen bepalen we bij welke zorgaanbieders we welk zorgaanbod inkopen, op welke plekken en in welke omvang. We zetten dit instrument in om te sturen op een passend, samenhangend en toekomstbestendig zorgaanbod in de regio.

Gerichte keuzes worden gemaakt op basis van een samenhangende afweging van onder meer:

- de mate waarin het zorgaanbod aansluit bij de zorgbehoeften in de regio;
- de aantoonbare regionale behoefte en spreiding van het (specialistisch) aanbod, zowel regionaal als bovenregionaal;
- de kwaliteit en continuïteit van zorg;
- doelmatigheid en inzet van schaarse capaciteit;
- de bijdrage van de zorgaanbieder aan regionale samenwerking en regionale opgaven.

Gericht inkopen hangt samen met volumesturing. Keuzes over bij wie we zorg inkopen, kunnen gevolgen hebben voor de omvang van volumeafspraken en voor uitbreiding, beperking of afbouw van zorgvolume. Besluiten over gerichte inkoop worden genomen binnen het kader van het geldende inkoopbeleid en op basis van regionale analyses.

De toepassing van deze afwegingen vraagt om samenhang en consistentie. Niet alle factoren wegen in iedere situatie even zwaar; de relevante accenten worden bepaald door de regionale context en de aard van de opgave. Door keuzes op dezelfde typen overwegingen te baseren en deze in samenhang te beoordelen, blijft duidelijk dat uitkomstverschillen voortkomen uit verschillen in zorgvraag, regionale situatie of bijdrage aan de gezamenlijke opgave. Verdere regionale concretisering vindt plaats via de regiotafel.

4.6 Regionaal transformatiebudget

4.6.1 Doel en afbakening

Het regionale transformatiebudget is bedoeld voor het financieren van tijdelijke, doelgerichte interventies die bijdragen aan regionale doelen (zie hoofdstuk 3). Het budget is niet bedoeld voor structurele bekostiging van reguliere zorg.

Voor het regionaal transformatiebudget wordt vooraf geen plafond vastgesteld. Initiatieven kunnen gedurende het jaar worden beoordeeld en, binnen de beschikbare contracteerruimte, worden toegekend. Als wij verwachten dat de beschikbare contracteerruimte niet toereikend is, informeren wij zorgaanbieders hierover via de regionale tafels.

4.6.2 Selectie van projecten

Na prioritering aan de regiotafel bepalen we welke interventies worden uitgewerkt tot een projectvoorstel met een bijbehorende financieringsvraag. De regiotafel dient hierbij als inhoudelijk prioriterend en adviserend overleg. De selectie en besluitvorming over toekenning van transformatiebudget ligt bij CZ zorgkantoor.

Een project komt in aanmerking wanneer:

-
- het aansluit op een regionaal geprioriteerd knelpunt of opgave, of bijdraagt aan verbetering van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de regio, of aan het op orde brengen van regionale randvoorwaarden voor zorgtransformatie;
 - er sprake is van regionaal draagvlak en samenwerking, met betrokkenheid van meerdere partijen;
 - het initiatief binnen het betreffende inkoopjaar start;
 - de inzet van middelen proportioneel is in relatie tot het beoogde effect;
 - het initiatief samenwerking bevordert en bijdraagt aan blijvende verandering in werkwijzen of organisatie van zorg;
 - dubbele financiering met andere regelingen wordt voorkomen.

Na selectie van een project heeft het de voorkeur om één partij aan te wijzen als initiatiefnemer. Deze partij neemt het voortouw in het uitwerken van de geselecteerde interventie in een projectvoorstel met resultaatgerichte onderbouwing en begroting. Het projectvoorstel bevat ten minste:

- het regionale knelpunt of de opgave;
- het doel en de beoogde verandering;
- de aanpak en planning;
- de beoogde (deel)resultaten (zo meetbaar mogelijk);
- de benodigde inzet van middelen (onderbouwd);
- afspraken over samenwerking, governance en borging na afloop.

De begroting maakt onderdeel uit van dit projectvoorstel en wordt beoordeeld in samenhang met de beoogde resultaten. Kosten voor overhead, projectleiding en programmamanagement kunnen hierin worden opgenomen, mits deze proportioneel zijn en beperkt blijven tot wat noodzakelijk is voor een doelmatige uitvoering van het initiatief. De begroting vormt geen zelfstandig uitgangspunt voor financiering.

Het projectvoorstel kan gedurende het jaar worden ingediend. De zorginkoper informeert de zorgaanbieders over de procedure voor indiening en beoordeling.

4.6.3 Vastleggen van afspraken in een addendum

Per project worden afspraken vastgelegd op drie samenhangende onderdelen:

- Inspanning: de inzet en activiteiten die door de betrokken partijen worden geleverd om bij te dragen aan de gewenste beweging;
- Proces: de werkwijze waaronder het initiatief wordt uitgevoerd, waaronder afspraken over samenwerking, governance, rolverdeling en verantwoording;
- Resultaat: wat met de interventie concreet wordt bereikt, uitgedrukt in zo veel mogelijk meetbare en verifieerbare uitkomsten.

Deze inspannings-, proces- en resultaatafspraken, inclusief de bijbehorende indicatoren en financiering, worden vastgelegd in een addendum op de overeenkomst. Deze afspraken worden uiterlijk voorafgaand aan de start van de uitvoering vastgesteld, evenals de looptijd van het addendum.

4.6.4 Financiering en verantwoording

We financieren de regionale transformatie via aparte contractafspraken. We leggen contractafspraken vast per initiatief en koppelen ze aan de in het projectvoorstel afgesproken inspanningen, processen en resultaten. De financiering kennen we toe voor de duur en omvang die passend is bij het betreffende initiatief. Wanneer een initiatief een meerjarige looptijd heeft, wordt de financiering per jaar expliciet vastgelegd, aansluitend bij de fasering en activiteiten van dat jaar.

We kunnen middelen gedurende het hele jaar tot aan november van het betreffende inkoopjaar toekennen. De financiële verwerking en verantwoording vindt plaats volgens de afspraken die hierover in het addendum bij de overeenkomst zijn vastgelegd.

Als een initiatief gefaseerd wordt uitgevoerd, kunnen per fase afzonderlijke financiële afspraken worden gemaakt. Elke fase kent een eigen afbakening van activiteiten, resultaten, verantwoording en bijbehorende financiering.

4.6.5 Monitoren en bijsturen

De inzet van het regionale transformatiebudget wordt gedurende de uitvoering gemonitord op basis van de afgesproken begroting, planning en resultaten. Wijkt de voortgang of besteding af van de gemaakte afspraken? Dan kunnen we besluiten om de scope, planning of financiering bij te stellen, of om verdere financiering op te schorten of te beëindigen. Deze afweging maken we altijd zorgvuldig en per situatie, met oog voor doelmatigheid, voortgang en de bijdrage aan de regionale opgave.

4.6.6 Twee budgetten, één regionale opgave

Voor de regionale transformatie in de sector V&V beschikt CZ zorgkantoor over twee financiële instrumenten die in samenhang worden ingezet:

- Regionaal transformatiebudget
- HLO-regiobudget

Het hiervoor beschreven regionaal transformatiebudget van CZ zorgkantoor wordt ingezet voor tijdelijke transformatie-interventies die gericht zijn op het verbeteren van randvoorwaarden voor zorg thuis en het voorkomen of aanpakken van knelpunten die volgen uit regionale analyses.

Het HLO-regiobudget volgt uit het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg en is beschikbaar voor de periode 2027–2029, binnen de landelijk vastgestelde doelen, thema's en voorwaarden, zoals nader uitgewerkt in het landelijk beleidskader WLz 2027.

De twee budgetten verschillen in herkomst, doel en verantwoordingssystematiek. In de regio worden zij in samenhang beschouwd als onderdeel van één regionale transformatieopgave. De regiotafel vormt daarbij het punt waar inhoudelijke prioritering en samenhang tussen interventies worden besproken. In de besluitvorming en financiële verantwoording maakt CZ zorgkantoor expliciet onderscheid tussen beide budgetten en worden de bijbehorende kaders en voorwaarden per instrument toegepast.

4.7 Maatwerk- en samenwerkingsafspraken

Soms zijn aanvullende afspraken nodig om de zorg in de regio toegankelijk, passend en betaalbaar te houden. In dat geval kan CZ zorgkantoor schriftelijke maatwerk- en/of (regionale) samenwerkingsafspraken maken, aanvullend op het reguliere inkoopbeleid.

4.8 Indiening productieafpraak bij de NZa

Vanaf 2027 werken we met een tweezijdige indiening van de initiële productieafpraak van € 1 bij de NZa. De reden hiervoor is het verminderen van administratieve lasten. De daadwerkelijke afspraken over volume en tarief leggen wij afzonderlijk schriftelijk vast met zorgaanbieders en vormen het uitgangspunt voor de initiële bevoorschotting, betaling en verdere uitvoering van de WLz-overeenkomst.

Bij de administratieve verwerking van de productieafpraak geldt:

- In januari en februari van het betreffende inkoopjaar vindt de bevoorschotting aan bestaande zorgaanbieders plaats op basis van de initiële volumeafpraak zoals schriftelijk vastgelegd. Vanaf maart van het betreffende inkoopjaar vindt betaling plaats op basis van de realisatie met de volumeafpraak als maximum.
- Nieuwe zorgaanbieders ontvangen geen voorschotten. Zij worden minstens de eerste zes maanden betaald op basis van gedeclareerde zorg met de volumeafpraak als maximum.
- De definitieve productieafpraak wordt vastgelegd via het herschikkingsformulier dat uiterlijk in november van het betreffende inkoopjaar bij de NZa wordt ingediend.

4.9 Voorbehoud contracteerruimte

Op het moment van de publicatie van dit zorginkoopdocument is de kaderbrief 2027 van VWS nog niet gepubliceerd. Daardoor is nog niet bekend wat de contracteerruimte in 2027 voor de zorgkantoren is. Ook zijn de NZa beleidsregels 2027 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 2027. Wij behouden ons daarbij ook het recht voor om wijzigingen aan te brengen in dit zorginkoopdocument, bijvoorbeeld ook de tariefpercentages 2027 voor zorgprestaties.

Wij streven er samen met zorgaanbieders naar om passende zorg te realiseren die toegankelijk en betaalbaar is. Wij dragen hier onder meer aan bij door de beschikbare middelen zo goed mogelijk te verdelen over sectoren en regio's. De regionale contracteerruimte is de maximale financiële ruimte die beschikbaar is voor de uitvoering van de Wlz in een regio. Deze ruimte mag niet worden overschreden. Wij houden gedurende het jaar zicht op de benutting van de regionale contracteerruimte. Als we verwachten dat de beschikbare contracteerruimte wordt overschreden, informeren wij zorgaanbieders hierover.

Wanneer aanvullende afspraken, uitbreidingen of nieuwe initiatieven niet langer vanzelfsprekend binnen de beschikbare contracteerruimte passen, maakt CZ zorgkantoor afwegingen gericht op:

- het borgen van de continuïteit van zorg;
- het nakomen van de wettelijke zorgplicht;
- het zo doelmatig mogelijk inzetten van schaarse middelen.

Bij deze afwegingen betrekken wij onder andere:

- de mate waarin een afspraak bijdraagt aan de toegankelijkheid en continuïteit van zorg in de regio;
- de samenhang met regionale prioriteiten en opgaven;
- de verdeling van middelen over sectoren en regio's binnen de totale contracteerruimte van CZ zorgkantoor.

Als de contracteerruimte overschreden dreigt te worden, zullen wij deze afwegingen nader concretiseren en de zorgaanbieders hierover informeren.

5 Hoe ziet het inkoopproces eruit?

5.1 Uitgangspunten bij contractering

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 moet 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 met elkaar.

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

Volgens bijlage 2 van bijlage 4A de bestuursverklaring (van de landelijke inkoopdocumenten) moet u bij inschrijving aangeven of u in 2027 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 het zorgkantoor kenbaar.^[2] Het zorgkantoor wil weten welke onderaannemers actief zijn en voor welk deel van de productie zij ingezet worden. Wij hanteren als uitgangspunt dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren en maximaal 1/3 van de verwachte gecontracteerde zorg door onderaannemers laten leveren.^[3]

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 het zorgkantoor aan de zorglevering van de hoofdaannemer stelt.

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

In de procedure 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 2026 en waarbij hij ten minste vanaf 1-1-2026 ook daadwerkelijk zorgkosten declareert.

Nieuwe zorgaanbieder:

3. **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 2026 of wel voor het hele kalenderjaar 2026 maar daarbij niet ten minste vanaf 1-1-2026 daadwerkelijk zorgkosten declareert.

5.3 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?

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

- Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', die het hele jaar voorafgaand aan het betreffend inkoopjaar een overeenkomst hebben gehad, komen in aanmerking voor een overeenkomst voor drie jaar (2027-2029). Het zorgkantoor heeft de mogelijkheid om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen;
- Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' die een overeenkomst voor een deel van het voorafgaande jaar aan het betreffende inkoopjaar hebben gehad, komen in aanmerking voor een overeenkomst voor één jaar (voor het betreffende inkoopjaar);
- Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' komen in aanmerking voor een overeenkomst voor één jaar (voor het betreffende inkoopjaar);
- Nieuwe zorgaanbieders komen in aanmerking voor een eenjarige overeenkomst (voor het betreffende inkoopjaar).

Vervolgens gelden de volgende bepalingen:

het tarief en het volume worden jaarlijks vastgesteld conform de procedure zoals vermeld in het 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.

5.4 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.

1. U heeft een overeenkomst tot en met 31 december 2026 met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt ('Bestaand voor het zorgkantoor' met een driejarige, tweejarige of éénjarige overeenkomst): bestuursverklaring.

U kunt volstaan met het indienen van een bestuursverklaring. Met de volledig ingevulde en ondertekende bestuursverklaring 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 geen aanvullende documenten aan te leveren ter onderbouwing. Als er wijzigingen hebben plaatsgevonden ten opzichte van de gegevens en/of (inschrijvings)documenten die ten grondslag lagen aan de laatste contracteringsronde, dan dient u deze wijzigingen te melden aan het zorgkantoor en de eventueel gewijzigde documenten aan te leveren. Zorgaanbieders moeten, ook wanneer er geen wijzigingen zijn, desgevraagd de onderbouwende stukken bij de bestuursverklaring aan het zorgkantoor kunnen overleggen. Wanneer zorgaanbieders van plan zijn nieuw zorgaanbod te ontwikkelen, kan hierop een toelichting worden gegeven bij de inschrijving

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

Als u al een overeenkomst heeft met een zorgkantoor en u een overeenkomst wilt sluiten met een ander, voor u nieuw zorgkantoor en u voldoet aan de definitie van Bestaande zorgaanbieder in de zin van 'bestaande maar nieuw voor het zorgkantoor', dan levert u bij de inschrijving alleen de bestuursverklaring en een beknopt ondernemingsplan (tenminste het bedrijfs- en financieel plan (zie paragraaf 5.9 van dit zorginkoopdocument) 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.

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

Nieuwe zorgaanbieders moeten, naast de bestuursverklaring 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 5.8 en 5.9 en bijlage 2 van dit zorginkoopdocument.

Sluit u per 2027 een meerjarenovereenkomst dan kunt u voor inschrijving voor de opvolgende jaren volstaan met een instemmingsverklaring.

5.5 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?

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 eisen te stellen aan inschrijvingen. Hieronder vindt u de daarvoor geldende regels.

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, 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 is aangeleverd, én;
- Alle onderbouwende documenten bij de inschrijving zijn bijgevoegd (conform het overzicht 'aan te leveren documenten' in paragraaf 5.8 en 5.9 en zie ook bijlage 2 van dit zorginkoopdocument), 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, tenzij het zorgkantoor gebruik maakt van zijn bevoegdheid (waartoe het niet verplicht is) zoals beschreven in onderstaande paragraaf 'Bevoegdheid tot het vragen van een toelichting';
- Een zorgaanbieder verstrekt onjuiste en/of valse gegevens;
- Indien niet voldaan wordt aan één of meer van de gestelde geschiktheidseisen (zie bijlage 4A 'bestuursverklaring' van de landelijke inkoopdocumenten) of overige eisen zoals genoemd in de bestuursverklaring, ook in het geval dat 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 (zie bijlage 4A 'bestuursverklaring' van de landelijke inkoopdocumenten) op de zorgaanbieder van toepassing is/zijn;
- Indien uit de inschrijving blijkt dat een zorgaanbieder niet akkoord gaat met de in het inkoopdocument 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 2026 17:00 uur, heeft de zorgaanbieder geen mogelijkheid meer om opnieuw (tussentijds) in te schrijven voor het betreffende jaar (2027). Hij kan zich dan pas in de zomer van 2027 weer inschrijven om voor een overeenkomst voor 2028 in aanmerking te komen.

Controle van hetgeen is verklaard in de bestuursverklaring 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. Het gaat niet alleen om de controle van wat is ingevuld in de bestuursverklaring, maar ook om de beoordeling en controle van de documenten die nieuwe zorgaanbieders (maar ook bestaande zorgaanbieders maar nieuw voor het zorgkantoor (zie paragraaf 5.4) ter onderbouwing moeten aanleveren (zie voor het overzicht paragraaf 5.9 en zie ook bijlage 2 van dit zorginkoopdocument).

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 van de zorgaanbieder

Of het zorgkantoor daadwerkelijk een overeenkomst (onder voorwaarden) aangaat met een nieuwe zorgaanbieder^[1], is mede afhankelijk van de beoordeling van het ondernemingsplan. 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/regio. Zorgkantoren willen graag een goede toets kunnen uitvoeren op de 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 5.9 en in bijlage 2 van dit zorginkoopdocument genoemd. In de laatste fase van de beoordeling kan een gesprek plaatsvinden tussen het zorgkantoor en de nieuwe zorgaanbieder (bij voorkeur op locatie van de zorgaanbieder).

Wanneer vindt het gesprek plaats?

Zorgkantoren gaan, om de inschrijving te laten verduidelijken, 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.

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^[2] 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. Het eindoordeel hierover is aan het zorgkantoor:

- Een onvoldoende transparante bestuursstructuur;
- Het geoffreerde aanbod onderscheidt zich niet van dat van andere zorgaanbieders. De zorgaanbieder draagt niet bij aan de opvulling van een leemte in de regio t.a.v. specifiek zorgaanbod en levert geen wezenlijke bijdrage aan de regionale opgave.
- 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 onvoldoende vertrouwen in verbetering op korte termijn;
- Afspraken over samenwerking in de regio en/of de keten zijn niet of onvoldoende geborgd;
- Bevindingen op basis van de integriteitstoets;
- Eén 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

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 vastgesteld. 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 paragraaf 5.8 en 5.9 en bijlage 2 van dit zorginkoopdocument.

5.6 Tijdpad en processtappen

CZ zorgkantoor hanteert voor het zorginkoopproces het landelijk vastgestelde tijdpad voor het jaar 2027.

Tabel Activiteiten, planning en hoe?

Activiteiten	Planning	Hoe
1 Publicatie landelijke visie, regionaal zorginkoopdocument, conceptovereenkomst, concept-Bestuursverklaring en concept-Inschrijvingsverklaring 2027 en bijbehorende bijlagen door CZ zorgkantoor	1 juni 2026	www.cz-zorgkantoor.nl
2 Mogelijkheid tot het stellen van vragen over het zorginkoopdocument 2027 en andere gepubliceerde documenten door zorgaanbieders	Uiterlijk 15 juni 2026 tot 12:00 uur	https://nvi-inkoopbeleidwz.nl/
3 Publicatie Nota van Inlichtingen, definitieve overeenkomst, definitieve Inschrijvingsverklaring en definitieve Bestuursverklaring 2027 door CZ zorgkantoor	Uiterlijk 1 juli 2026	www.cz-zorgkantoor.nl
4 Opening inschrijving	1 juli 2026	Een digitale inschrijving via de inschrijfmodule VECOZO zorginkoopportaal, te vinden via een link op www.cz-zorgkantoor.nl
5 Vervaltermijn kort geding tegen inkoopbeleid inclusief Nota van Inlichtingen	21 juli 2026	
6 Sluitingstermijn inschrijving via de digitale inschrijfmodule	31 juli 2026 om 17:00 uur	
7 Verzending bericht of de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een overeenkomst, dan wel een aanvullende informatievraag	Uiterlijk 4 september 2026	Per e-mail
8 Publicatie definitieve vertrektaarifpercentages	Uiterlijk 4 september 2026	Per e-mail en via www.cz-zorgkantoor.nl
9 Vervaltermijn voor bezwaar en kort geding tegen publicatie van de definitieve vertrektaarifpercentages. Vervaltermijn voor bezwaar en kortgeding tegen voorlopige terugkoppeling.	24 september 2026	
10 Mogelijkheid tot gesprek over contractering en voorwaarden	2 oktober 2026 afgerond	Via gesprek
11 Aanbieden (indien van toepassing) van de overeenkomst	Uiterlijk 23 oktober 2026	Digitaal via het VECOZO zorginkoopportaal
12 Verzending door zorgkantoor aan zorgaanbieder van de initiële budgetafpraak 2026	Uiterlijk 23 oktober 2026	Per e-mail
13 Vervaltermijn kortgeding tegen definitieve terugkoppeling	6 november 2026	
14 Aanlevering (indien van toepassing) door zorgaanbieders van de getekende overeenkomst	7 november 2026	Digitaal via inschrijfmodule VECOZO zorginkoopportaal
15 Indiening initiële budgetafpraak bij NZa	Voor 13 november 2026	Conform NZa-procedure

Als u per 1 januari 2027 een overeenkomst wilt sluiten, schrijft u uiterlijk 31 juli 2026 17:00 uur in

Wanneer u met ingang van 1 januari 2027 in aanmerking wilt komen voor een overeenkomst, dan kunt u tot uiterlijk 31 juli 2026 17:00 uur inschrijven bij het zorgkantoor dat verantwoordelijk is voor de regio waar uw klanten wonen. Als de inschrijving van de zorgaanbieder wordt afgewezen n.a.v. de inschrijving uiterlijk 31 juli 2026 17:00 uur, heeft de zorgaanbieder geen mogelijkheid meer om opnieuw (tussentijds) in te schrijven voor het betreffende jaar (2027)

Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor om tussentijds nieuwe zorgaanbieders te contracteren als dit nodig is om aan de zorgplicht te kunnen blijven voldoen. Dit is enkel aan het zorgkantoor ter beoordeling en vindt uitsluitend plaats op initiatief van het zorgkantoor.

Indienen productieafspraken

Met zorgaanbieders maken we afspraken over welke prestaties zij willen en kunnen leveren. De indieningsdatum bij de NZa is 13 november 2026.

5.7 Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring

In de Nota van Inlichtingen geven we antwoord op de vragen over deze procedure

Omdat wij weten dat een inkoopprocedure mogelijk om verduidelijking vraagt, bieden we de mogelijkheid om vragen te stellen over eventuele onduidelijkheden.

Vanaf de publicatiedatum op 1 juni voorafgaand aan het inkoopjaar zijn zorgaanbieders tot uiterlijk 15 juni voorafgaand aan het inkoopjaar 12:00 uur in de gelegenheid om vragen te stellen. Na deze sluitingsdatum is het niet meer mogelijk om vragen te stellen over de teksten van het inkoopdocument en bijbehorende documenten.

Zorgkantoren beantwoorden de gestelde vragen uiterlijk op 1 juli voorafgaand aan het inkoopjaar 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.

Zorgkantoren hebben hun proces om vragen te stellen in het kader van de Nota van Inlichtingen aangepast. U kunt uw vragen indienen via het formulier op deze link: <https://nvi-inkoopbeleidwlz.nl/>. Alle zorgkantoren zijn aangesloten op het nieuwe digitale formulier. Alleen vragen die via dit formulier gesteld worden, nemen wij in behandeling.

Wij verwachten van deelnemers aan deze inkoopprocedure een proactieve houding.

U kunt alleen een rechtsgeldig beroep doen op onvolkomenheden, onduidelijkheden, vermeende onrechtmatigheden, tegenstrijdigheden of bezwaren die door uzelf, als individuele zorgaanbieder, uiterlijk 15 juni 2026 12:00 uur aan de orde zijn gesteld. Na deze sluitingsdatum is het niet meer mogelijk om vragen te stellen over het inkoopbeleid en bijbehorende documenten.

Na publicatie van de Nota van Inlichtingen geldt een vervalt termijn van 20 kalenderdagen voor het starten van een kortgedingprocedure.

Zorgaanbieders kunnen, als zij het niet eens zijn met het inkoopbeleid inclusief de gepubliceerde Nota van Inlichtingen, binnen een termijn van 20 kalenderdagen na de dag van de publicatie van de Nota van inlichtingen een kortgedingprocedure beginnen bij de rechtbank te Den Haag. Deze termijn is een vervalt termijn. Door deelname aan de inkoopprocedure accepteren zorgaanbieders dat zij het kort geding aanhangig moeten maken binnen de termijn van 20 kalenderdagen na publicatie van de Nota van Inlichtingen op straffe van verval van ieder recht om op een later moment tegen het inkoopbeleid inclusief de Nota van inlichtingen – in rechte – op te komen. Een eventueel aangespannen kortgeding heeft geen schorsende werking voor definitieve contractering.

Zorgaanbieders kunnen een kortgedingprocedure starten tegen de uitkomst van de voorlopige terugkoppeling

Zorgaanbieders kunnen, als zij het niet eens zijn met onze beslissing om al dan niet een overeenkomst te sluiten dan wel over looptijd of voorwaarden, binnen een termijn van 20 kalenderdagen na de dag van de voorlopige terugkoppeling een kortgedingprocedure beginnen bij de rechtbank te Den Haag. Deze termijn is een vervalt termijn. Zorgaanbieders kunnen daarbij niet opkomen tegen zaken die al eerder aan de orde gesteld hadden kunnen en moeten worden. Deze vervalt termijn geldt ook voor het bezwaar tegen de onderbouwing van de beslissing over de definitieve vertrektarieven. In een dergelijk geval zullen wij geen beroep doen op rechtsverwerking ten aanzien van

bezwaren gericht tegen (de onderbouwing van de vertrektarieven het richttariefpercentage. Indien evenwel bezwaar wordt gemaakt op gronden die al in rechte beoordeeld zijn zonder dat sprake is van een wijziging van feiten of omstandigheden, is wel sprake van verval van recht en staat het ons vrij om de bezwaren met verwijzing naar de desbetreffende rechterlijke beslissing (kennelijk) ongegrond te verklaren. Door deelname aan de inkoopprocedure accepteren zorgaanbieders dat zij een bezwaar moeten maken en/of een kort geding aanhangig moeten maken binnen de termijn van 20 kalenderdagen na datum van publicatie van de definitieve vertrektarieven en na de datum van voorlopige terugkoppeling op straffe van verval van ieder recht om op een later moment tegen de beslissing over de definitieve vertrektarieven en onze voorgenomen beslissing om al dan niet een overeenkomst te sluiten – in rechte – op te komen. Een eventueel aangespannen kortgeding heeft geen schorsende werking voor definitieve contractering. Let op: het is niet mogelijk om na sluiting van de inschrijving alsnog bewijsmiddelen aan te leveren die verplicht bij de inschrijving moeten worden ingediend, tenzij het zorgkantoor daarom heeft verzocht.

Binnen 14 dagen na de definitieve terugkoppeling kunnen zorgaanbieders een kortgedingprocedure starten

Zorgaanbieders kunnen, als zij het niet eens zijn met onze beslissing, binnen een termijn van 14 kalenderdagen, nadat zij schriftelijk zijn geïnformeerd over de definitieve terugkoppeling een kortgedingprocedure beginnen bij de rechtbank te Den Haag. Deze termijn is een vervaltermijn. Door deelname aan de inkoopprocedure accepteren deelnemers dat zij een kort geding aanhangig moeten maken binnen de termijn van 14 kalenderdagen nadat zij schriftelijk zijn geïnformeerd over de definitieve terugkoppeling op straffe van verval van ieder recht om op een later moment tegen de voorgenomen vaststelling van onze beslissing – in rechte – op te komen. Een eventueel aangespannen kortgeding heeft geen schorsende werking voor het verdere verloop van de inkoopprocedure voor overige deelnemers. Ten overvloede merken wij op dat deelnemers geen bezwaar kunnen maken tegen zaken die al eerder aan de orde gesteld hadden moeten en kunnen worden.

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 toe te passen, naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden, gerechtelijke procedures of als na bekendmaking van deze documenten de overheid maatregelen treft 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 op basis van bovenstaande zonder enige schadevergoedingsplicht de volgende aanpassingen te doen:

- Gehele of gedeeltelijke aanpassing of opschorting van het zorginkoopbeleid of aanpassing van de tariefpercentages – 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 aanbrenge 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 richting zorgaanbieders wanneer hier aanleiding toe is

De zorgaanbieder verklaart zich door zijn inschrijving akkoord met het zorginkoopdocument Wlz voor het betreffende inkoopjaar en de daarin opgenomen (rand)voorwaarden en uitgangspunten en bijbehorende documenten. De zorgaanbieder moet gedurende het inkoopjaar 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 tijdens de looptijd van de overeenkomst blijkt dat zorgaanbieders afspraken niet nakomen, niet aan gestelde voorwaarden blijken te kunnen voldoen of hun financiële

positie of kwaliteit onder druk staat, dan treft het zorgkantoor passende maatregelen. De zorginkoper gaat het gesprek aan en maakt indien nodig verbeterafspraken. Als er geen verbetering optreedt, kan CZ zorgkantoor een sanctie opleggen. Over het voornemen een sanctie op te leggen wordt de zorgaanbieder gehoord. De mogelijke sancties die door het zorgkantoor genomen kunnen worden, staan vermeld in de overeenkomst WLZ. Deze opsomming is niet-limitatief.

5.8 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.

Het overzicht van aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders staat in bijlage 2 van dit zorginkoopdocument.

5.9 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?

In deze paragraaf is een toelichting op de afzonderlijke onderdelen van het ondernemingsplan opgenomen. Indien een nieuwe zorgaanbieder een ondernemingsplan indient dat incompleet is en/of niet volledig voldoet aan de hieronder 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 5.4) die een beknopt ondernemingsplan (tenminste het bedrijfs- en financieel plan) moeten aanleveren.

Het ondernemingsplan is opgebouwd uit de volgende elementen:

Organisatie-inrichting

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

- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling Raad van Bestuur of directie;
- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling van onafhankelijk, statutair geborgd toezichthoudend orgaan (bijvoorbeeld Raad van Toezicht);
- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling 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 tenminste 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 en op welke aantoonbare wijze de zorgaanbieder hierdoor bijdraagt aan de opvulling van een leemte in de regio t.a.v. specifiek zorgaanbod (bijvoorbeeld een specifieke doelgroep of een tekort in de regio), en door zijn omvang of rol in de regionale samenwerking een wezenlijke bijdrage levert aan de regionale opgave.
- Hoe het bedrijfsplan in lijn is met de aangehaalde beleidsthema's in dit inkoopbeleid. De zorgaanbieder dient te benadrukken hoe hieraan bijgedragen wordt;
- 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. Naast deze aantoonbare samenwerkingsafspraken in de regio, beschrijft de zorgaanbieder concreet met welke afspraken de medisch generalistische zorg (MGZ-zorg) en Wlz specifieke behandeling voor zijn klanten is geregeld. Een extramurale zorgaanbieder gaat specifiek in op de randvoorwaarden extramuralisering.
- 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. Uit het financiële plan en de daarbij aan te leveren documenten 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.

De zorgaanbieder levert de enkelvoudige jaarrekeningen 2024 en 2025 bij dit onderdeel van het ondernemingsplan aan, tenzij hij een startende organisatie is waar nog geen jaarrekening van is vastgesteld. Ook de geconsolideerde jaarrekeningen 2024 en 2025 van een eventuele (groot)moedermaatschappij levert de zorgaanbieder bij dit plan aan. Daarnaast bevat het financiële plan een realistische begroting voor het lopende jaar 2026 en 2027 en een realistische omzetprognose voor het lopende jaar 2026 en 2027. Zie voor de nadere specificaties het Overzicht aan te leveren documenten hierboven.

Op basis van het financiële plan en de daarbij aan te leveren documenten beoordeelt het zorgkantoor de financiële positie van de zorgaanbieder. Daarbij worden de ratio's en de bijbehorende normen betrokken die in onderstaand schema zijn opgenomen.

Ratio	Omschrijving	Norm	Toelichting
Solvabiliteit	Eigen vermogen/ totaal vermogen * 100%	>20%	Solvabiliteit bepaalt in hoge mate de financiële continuïteit
Current ratio (liquiditeit)	Vlottende activa/kortlopende schulden	>1	Liquiditeit is essentieel voor kortetermijnverplichtingen.
Winstratio	Nettowinst/totale bedrijfsopbrengsten	2-3%	Winstratio is bepalend voor duurzame exploitatie en versterking eigen vermogen
Weerstandsvormogen	Eigen vermogen/totale bedrijfsopbrengsten	>15%	De ratio is een indicator in hoeverre financiële tegenvallers opgevangen kunnen worden.

5.10 Voorbehouden en uitsluiting

5.10.1 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 toe te passen, naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden, gerechtelijke procedures of als na bekendmaking van deze documenten de overheid maatregelen treft 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 op basis van bovenstaande zonder enige schadevergoedingsplicht de volgende aanpassingen te doen:

- Gehele of gedeeltelijke aanpassing of opschorting van het zorginkoopbeleid of aanpassing van de tariefpercentages – 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.

5.10.2 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 ontlenen 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

Het betalingsproces voor het betreffende inkoopjaar is gebaseerd op een methodiek van maandelijkse uitbetalingen op realisatiebasis plus een mogelijk voorschot, waarbij de productieafspraken voor het betreffende inkoopjaar het plafond vormt.

In de eerste tabel hieronder wordt de methodiek beschreven waarop de betalingen over het betreffende boekjaar 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.

Tabel 1. Betalingen voor zorgaanbieders met voorschot

Maand	Betalingen voor het betreffende boekjaar
Januari en februari van het inkoopjaar	In januari en februari wordt een voorschot betaald. De initiële productieafspraken voor het inkoopjaar per november van het voorafgaande jaar vormt de basis voor de betaling. De afspraak wordt gedeeld door twaalf en vermenigvuldigd met het aantal maanden dat al is gepasseerd in het inkoopjaar. De eerdere CAK-betalingen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
Maart t/m oktober van het inkoopjaar	De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie plus twee maanden voorschot, met als maximum de actuele productieafspraken voor het inkoopjaar. Bij declaratieproblemen kan een liquiditeitscorrectie verstrekt worden. Hieraan is als voorwaarde gesteld dat de aanbieder uiterlijk de 17e werkdag van de voorgaande maand bij de inkoop 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-betalingen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
November en december van het inkoopjaar	Vanaf november zijn de productieafspraken definitief gemaakt met het herschikkingsformulier voor het inkoopjaar. De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie plus twee maanden voorschot, met als maximum de herschikte productieafspraken voor het inkoopjaar. De eerdere CAK-betalingen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
Januari van het daaropvolgende jaar	De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie plus één maand voorschot, met als maximum de actuele herschikte productieafspraken voor het inkoopjaar. De eerdere CAK-betalingen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
Februari en maart van het daaropvolgende jaar	De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie, met als maximum de actuele herschikte productieafspraken voor het inkoopjaar. De eerdere CAK-betalingen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
Nader te bepalen in het daaropvolgende jaar	Definitieve financiering op basis van de aanvaardbare kosten van de beschikking waarin de nacalculatie van het inkoopjaar is opgenomen en de daaropvolgende beschikkingen over dat jaar. Het saldo met wat reeds is betaald door het CAK zal dan verrekend worden via een eenmalige betaling.

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.

Tabel 2. Betaling voor zorgaanbieders zonder voorschot

Maand	Betalingen op realisatiebasis voor het betreffende boekjaar
Maart t/m oktober van het inkoopjaar	De betaling vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie met als maximum de actuele productieafpraak voor het inkoopjaar. Bij declaratieproblemen kan een liquiditeitscorrectie verstrekt worden. Hieraan is als voorwaarde gesteld dat de aanbieder uiterlijk de 17e werkdag van de voorgaande 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-betalingen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
November van het inkoopjaar t/m maart van het daaropvolgende jaar	Vanaf november zijn de productieafspraken definitief gemaakt met het beschikkingsformulier voor het inkoopjaar. De betaling voor november tot en met maart vindt plaats op basis van de gedeclareerde realisatie met als maximum de beschikte productieafpraak voor het inkoopjaar. De eerdere CAK-betalingen worden hiervan afgetrokken en het bedrag dat resteert zal aangeboden worden bij het CAK als een eenmalige betaling.
Nader te bepalen in het daaropvolgende jaar	Definitieve financiering op basis van de aanvaardbare kosten van de beschikking waarin de nacalculatie van het inkoopjaar is opgenomen en de daaropvolgende beschikkingen over dat jaar. Het saldo met wat reeds is betaald door het CAK zal dan verrekend worden via een eenmalige betaling.

Bijlage 2 - Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders

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 2027				
Bestuursverklaring 2027	De zorgaanbieder dient de volledig ingevulde bestuursverklaring aan te leveren bij zijn inschrijving.	X		
Inschrijving Handelsregister KvK	<ul style="list-style-type: none"> Gewaarmerkt 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 drie 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		

<p>Inschrijving UBO('s) UBO-register</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gewaarmerkt afschrift van inschrijving UBO('s) in UBO-register dat beheerd wordt door de KvK. • Op het afschrift zijn de BSN-gegevens en andere gevoelige gegevens weggelakt. • Afschrift is niet ouder dan drie 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: • 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 drie maanden op het moment van inschrijving. 	<p>X</p>		
--	---	----------	--	--

<p>Toelatingsvergunning conform de Wtza</p>	<p>De nieuwe zorgaanbieder moet bij zijn inschrijving het volgende indienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <p>https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/overde-wtza/overgangsrecht2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; 	<p>X</p>		
---	---	----------	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Niet ouder dan een jaar op het moment van inschrijving en specifiek aangevraagd ten behoeve van de 'inkoopprocedure zorg'. • 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		

<p>Statuten van de inschrijvende zorgaanbieder</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actuele statuten van de te contracteren partij. • In de statuten en de reglementen is de vigerende Governancecode Zorg geborgd, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Informatie over het toezichthoudend orgaan. ◦ Informatie over benoemen, schorsen en ontslaan van de RvB. ◦ Belangenverstrengeling; ◦ Medezeggenschap, invloed en advies; ◦ Verantwoording Raad van Bestuur; ◦ Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur; ◦ (Oprichting) Cliëntenraad; ◦ Naleving Code. • Uw ondernemingsplan (zie paragraaf 4.10) dient overeen te komen met uw statuten. <p>In het geval de nieuwe zorgaanbieder een rechtsvorm heeft, die geen statuten vereist, 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 in het kader van deze inkoopprocedure dan als de statuten van de zorgaanbieder en moet aan al de eisen voldoen die aan reguliere statuten worden gesteld.</p>	<p>X</p>		
<p>Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenraad</p>	<p>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.</p>			<p>X</p>

<p>Voldoen aan vigerende Governancecode Zorg</p>	<p>Statutaire borging, dan wel borging in de relevante reglementen, zoals bepaald en uitgewerkt in de vigerende Governancecode Zorg, waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informatie over het toezichthoudend orgaan; benoeming, samenstelling, schorsing, ontslag etc.; • Informatie over benoemen, schorsen en ontslaan van de Raad van Bestuur • Belangenverstrengeling; • Medezeggenschap, invloed en advies; • Verantwoording Raad van Bestuur; • Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur; • (Oprichting) Cliëntenraad; <p>• Naleving Code.</p> <p>In het ondernemingsplan beschrijft de zorgaanbieder hoe zal worden voldaan aan de vigerende Governancecode Zorg (zie paragraaf 4.10)</p>	<p>X</p>		
<p>Kwaliteitskader van de sector / werkt met een landelijk erkend kwaliteitssysteem met externe toetsing</p>	<p>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.</p>	<p>X</p>		
<p>Gedegen bedrijfsadministratie</p>	<p>De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die tijdige levering van gegevens mogelijk maakt, waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Declaraties (AW319) 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 en/of registraties in de daarvoor beschikbare registers conform standaarden die door het Zorginstituut Nederland zijn vastgesteld. 	<p>X</p>		

Privacy beleid	<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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; • Het recht op rectificatie en verwijderen van gegevens. 	X		
Klachtenregeling	<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Waar en op welke wijze klanten een klacht kunnen indienen (schriftelijk, digitaal, mondeling); • 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		
Regelgeving t.a.v. AO/IC	De zorgaanbieder voldoet aan de op hem van toepassing zijnde geldende regelgeving ten aanzien van administratieve organisatie en interne controle (AO/IC), waaronder in ieder geval de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz.	X		

<p>Polisblad van aansprakelijkheidsverzekering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 en blijft gedurende de overeenkomst in stand. • 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. 	<p>X</p>		
<p>Bijlage 2 Onderaannemerschap en indien van toepassing Bijlage 3 Lijst met zorgkantoren bij de bestuursverklaring</p>	<p>Bijlage 2 dient altijd toegevoegd te worden bij de inschrijving. Bijlage 3 alleen indien van toepassing toevoegen bij de inschrijving.</p>	<p>X</p>		

<p>Meldplicht Wtza</p>	<p>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.</p> <p>U vindt het formulier/de vragenlijst hier: https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/melden</p> <p>De zorgaanbieder moet het bewijs van invulling/melding indienen bij de inschrijving.</p> <p>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.</p> <p>De meldplicht is op de zorgaanbieder niet van toepassing/de zorgaanbieder hoeft zich niet te melden als:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>	<p>X</p>		
<p>Uitsluitingsgronden bestuursverklaring Wlz 2027</p>				

Betaling van belasting en sociale premies	De zorgaanbieder heeft voldaan aan al zijn verplichtingen met betrekking tot de betaling van belastingen en sociale premies, zowel in het land waar hij is gevestigd als in de lidstaat van het inkopend zorgkantoor indien dit een ander land is dan het land van vestiging. Hieronder valt ook de situatie dat de zorgaanbieder voor het betalen van belastingen/sociale premies uitstel van betaling heeft gekregen in verband met bezwaar, beroep, hoger beroep en/of cassatie dan wel daarvoor een bindende betalingsregeling heeft getroffen en aan de voorwaarden daarvan voldoet. Als bewijs daarvoor moet de nieuwe zorgaanbieder een 'Verklaring betalingsgedrag nakoming fiscale verplichtingen' ontvangen van de Belastingdienst, bij zijn inschrijving indienen. Zie de volgende webpagina van de Belastingdienst (Verklaring betalingsgedrag nakoming fiscale verplichtingen Belastingdienst	X		
Ondernemingsplan				
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	<ul style="list-style-type: none"> • Welke Wlz-doelgroepen; • Welke prestaties; • Verwachte aantallen; • Op welke wijze de zorgaanbieder bijdraagt aan de opvulling van een leemte in het zorgaanbod en een wezenlijke bijdrage levert aan de regionale opgave; • Personeel in dienst (omvang, opleidingsniveau en aard opleiding); • Welke ervaring met zorglevering (welk domein, overeenkomsten etc.); • Op welke wijze de zorgaanbieder zijn rol en de samenwerking in de regio vormgeeft; • Implementatie en naleving vigerende Governancecode Zorg. 	X		

Financieel plan

- Enkelvoudige jaarrekeningen van de inschrijvende zorgaanbieder 2024 en 2025 (tenzij startende organisatie waar nog geen jaarrekening van is vastgesteld);
- Geconsolideerde jaarrekeningen van een eventuele (groot)moedermaatschappij 2024 en 2025; Begroting van de inschrijvende zorgaanbieder met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen voor het lopende jaar (2026) en 2027.

X