

Contracteerbeleid Wlz 2024 - 2026

Zorgkantoor DSW

inzake contractering 2025

Versie 1 juli 2024, na Nota van Inlichtingen

Inhoud

| | |
|---|----|
| Begrippen- en afkortingenlijst..... | 4 |
| Wijzigingen ten opzichte van het vorig jaar gepubliceerde contracteerbeleid | 5 |
| 1. Voorwoord..... | 9 |
| 2. Inleiding | 10 |
| 2.1 Uitdagingen langdurige zorg..... | 10 |
| 2.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen | 11 |
| 2.3 Regionale visie op ontwikkelingen langdurige zorg | 13 |
| 2.4 Duurzaamheid | 15 |
| 2.5 Leeswijzer | 16 |
| 3. Wonen en Zorg | 17 |
| 4. Kwaliteit | 20 |
| 5. Innovatie..... | 22 |
| 5.1 Uitgangspunten beleid | 22 |
| 5.2 Financiering..... | 23 |
| 6. Toegankelijkheid en doelmatigheid..... | 25 |
| 6.1 Uitgangspunten beleid | 25 |
| 6.2 Zorgatlas | 26 |
| 7. Afspraken..... | 27 |
| 7.1 Meerjarenafspraken..... | 27 |
| 7.2 Tarief..... | 27 |
| 7.2.1 Overige punten inzake tarief..... | 29 |
| 7.3 Volume..... | 30 |
| 7.4 Innovatiebudget..... | 31 |
| 7.5 Hardheidsclausule..... | 31 |
| 8. Proces Zorgcontractering | 33 |
| 8.1 Schematisch verloop en planning | 33 |
| 8.2 Indiening offerte | 34 |
| 8.3 Beoordeling offerte | 35 |
| 8.4 Uitkomsten beoordeling offerte..... | 36 |
| 8.5 Wijziging in organisatiestructuur | 36 |
| 8.6 Voorbehouden | 36 |

| | |
|--|----|
| 8.7 Geschillen..... | 37 |
| Bijlage I – In te dienen documenten..... | 38 |
| Bijlage II – Toelichting ondernemingsplan..... | 42 |

Begrippen- en afkortingenlijst

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

Wijzigingen ten opzichte van het vorig jaar gepubliceerde contracteerbeleid

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

Wijzigingen na het publiceren van de Nota van Inlichtingen

| Contracteerbeleid | | | |
|-------------------------------------|---|------|---|
| Hoofdstuk | Paragraaf | Blz. | Wijziging |
| 8. Proces Zorgcontractering | 8.2 Indiening offerte | 35 | 28 februari 2024 is veranderd in 28 februari 2025. |
| Bijlage I – In te dienen documenten | Statuten van de inschrijvende zorgaanbieder | 39 | Actuele statuten van de contracterende partij is veranderd in Actuele statuten van de te contracteren partij. |

Wijzigingen ten opzichte van het vorig jaar gepubliceerde contracteerbeleid

| Contracteerbeleid | | | |
|---|-------------------------------------|------|---|
| Hoofdstuk | Paragraaf | Blz. | Wijziging |
| Voorkant | | 1 | Subtitel toegevoegd: inzake contractering 2025. |
| Wijzigingen ten opzichte van het vorig jaar gepubliceerde contracteerbeleid | | 5 | Wijzigingen ten opzichte van het in 2024 gepubliceerde contracteerbeleid zijn benoemd. |
| 2. Inleiding | 2.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen | 11 | Toevoeging onder <i>Ouderenzorg</i> : Wij zien dat het aantal cliënten met een VV4 indicatie dat intramuraal opgenomen wordt, is afgenomen. Het zorgkantoor ontvangt signalen dat voor deze cliëntengroep echter wel noodzaak is tot een passende voorziening, een tussenvorm tussen de huidige thuissituatie en het verpleeghuis. Door de schaarste aan plekken wordt er vanuit de aanbieders gekeken naar urgentie, waardoor deze groep veelal geen plaats krijgt. Het zorgkantoor wil in blijven zetten op de mogelijkheid om VV4 op te blijven nemen. Een alternatief voor deze groep kan Gezond en Wel thuis zijn. |
| 2. Inleiding | 2.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen | 11 | Toevoeging onder <i>Ouderenzorg</i> : Het zorgkantoor ziet over de laatste vijf jaar een lichte toename in de wachtlijstdruk. Er bestaan echter grote verschillen tussen de acht gemeenten in de regio, waarbij Vlaardingen de minste wachtenden heeft en het Westland de meeste. Verschillende |

| | | | |
|--------------------------------------|---|----------|---|
| | | | gemeenten hebben uitbreidingsplannen, wat naar verwachting een positieve invloed gaat hebben op de wachtlijstdruk. Echter, niet iedere gemeente kent dezelfde omvang aan uitbreidingsplannen waardoor de wachtlijstdruk zal gaan verschillen ten opzichte van de huidige situatie. Een voorbeeld is de gemeente Pijnacker-Nootdorp. |
| 2. Inleiding | 2.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen | 13 | <i>Geestelijke Gezondheidszorg</i> : passage toegevoegd over het overgangsrecht binnen de GGZ-W. |
| 2. Inleiding | 2.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen | 13 | <i>Persoonsgebonden budget</i> : verwijzing geplaatst naar onze website waar de toetredingsregels c.q. eisen inzichtelijk zijn gemaakt voor startende wooninitiatieven. |
| 2. Inleiding | 2.3 Regionale visie op ontwikkelingen langdurige zorg | 14 | Tussenkop <i>Domeinoverstijgende financiering</i> en een passage over wetsvoorstel DOS toegevoegd. |
| 2. Inleiding | 2.4 Duurzaamheid | 15 | Paragraaf <i>Duurzaamheid</i> toegevoegd inzake duurzaamheid en CSRD. |
| 3. Wonen en Zorg | | 17 | <i>Ouderenzorg</i> : in tabel 1 is het getal bij Delft onder 2025 aangepast. |
| 3. Wonen en Zorg | | 18 | <i>Ouderenzorg</i> : in tabel 2 is het jaartal in de laatste kolom aangepast. |
| 3. Wonen en Zorg | | 19 | GGZ: Laatste zin toegevoegd; Daarnaast sluiten we aan op het traject Housing First. |
| 5. Innovatie | 5.1 Uitgangspunt beleid en 5.2 Financiering | 22 en 23 | Indeling naar onderwerp toegevoegd |
| 5. Innovatie | 5.2 Financiering | 23 | Verduidelijkt wat het maximale bedrag per aanbieder is. |
| 5. Innovatie | 5.2 Financiering | 23 | Een regel is toegevoegd: "U kunt als aanbieder altijd een hogere of tweede aanvraag indienen. Mocht er gedurende de looptijd van dit beleid ruimte over zijn van dit innovatiebudget (bijvoorbeeld wanneer andere Wlz-aanbieders geen gebruik van deze mogelijkheid maken), dan zullen we deze aanvragen alsnog beoordelen." |
| 5. Innovatie | 5.2 Financiering | 24 | Passages toegevoegd omtrent Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg (STOZ). |
| 6. Toegankelijkheid en doelmatigheid | 6.1 Uitgangspunten beleid | 25 | Tekst onder VG7 is aangepast. Passage over VWS is weggehaald. |
| 6. Toegankelijkheid en doelmatigheid | 6.2 Zorgatlas | 26 | Paragraaf toegevoegd over de zorgatlas. |

| | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|----------|--|
| 7. Afspraken | 7.2 Tarief | 28 | <p>Tekst onder <i>Bestaande zorgaanbieders met een resultaatafspraak</i> is veranderd naar:</p> <p>Voor dit type zorgaanbieder geldt dat de basis van de financiële afspraak 2025-2028 voortvloeit uit de huidige (meerjaren)afspraak. Onderdeel van deze meerjarenafspraak is het overeengekomen tariefpercentage gedurende de looptijd van de overeenkomst.</p> <p>Gedurende de jaarlijkse contracteringsoverleggen zal nader stilgestaan worden bij de voortgang van de resultaatafspraken uit de meerjarenafspraak. De zorgaanbieder ontvangt de monitor, zoals ingevuld door het zorgkantoor, uiterlijk een week voorafgaand aan dit overleg. Welke items per thema van toepassing zijn, is afhankelijk van de zorg die de zorgaanbieder verleent. De monitor wordt jaarlijks ingevuld door het zorgkantoor en dient in de jaren na vaststelling van het tarief als basis voor het gesprek ter monitoring van de meerjarenafspraak.</p> |
| 7. Afspraken | 7.2.1 Overige punten inzake tarief | 30 | <p>Passage over <i>Verpleging/Verzorging</i> verwijderd en passage over <i>crisiszorg</i> toegevoegd.</p> |
| 8. Proces Zorgcontractering | 8.2 Indiening offerte | 35 | <p>Passage toegevoegd: Zorgaanbieders die naar aanleiding van een inschrijving uiterlijk 31 juli 2024 17:00 uur zijn afgewezen, hebben nog een keer de mogelijkheid om via tussentijds contracteren opnieuw in te schrijven voor een overeenkomst 2025.</p> |
| 8. Proces Zorgcontractering | 8.5 Wijziging in organisatiestructuur | 36 | <p>Paragraaf toegevoegd over hoe te handelen bij wijziging in organisatiestructuur.</p> |
| Bijlage I | Werkzaam in de regio WSD | 38 | <p>Tweede regel is de tekst aangepast: "Bij het indienen van de offerte toont de aanvrager aan dat er in de maanden april, mei en juni 2024 in de regio WSD gemiddeld aan minimaal 10 cliënten zorg is verleend."</p> |
| Bijlage I | Inschrijving UBO('s) UBO-register | 38 en 39 | <p>Toegevoegd:</p> <p>Als een afschrift niet aangevraagd kan worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De bevestiging van de UBO-registratie die de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder van het UBO-register ontvangen heeft. Daarin |

| | | | |
|---------------------------------------|--|------------|--|
| | | | <p>moeten de gegevens van de UBO('s) de UBO-gegevens staan;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Én een printscreen van de gegevens van de UBO('s) de UBO-gegevens van de organisatie van de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder. Zie de volgende webpagina van de Kamer van Koophandel (UBO-gegevens inzien KVK (https://www.kvk.nl/ubo/inzien-gegevens/)). Op de printscreen moet de datum zichtbaar zijn die onderaan het beeldscherm wordt weergegeven. De printscreen is niet ouder dan 6 maanden op het moment van inschrijving. |
| Bijlage I | Vragenlijst IGJ voor nieuwe zorgaanbieders | 41 | Dit stond dubbel in de bijlage. De laatste regel is hierom verwijderd. |
| Monitor contracteerbeleid | | | |
| Bestand | Thema | Rij | Wijziging |
| Monitor contracteerbeleid | Wonen & Zorg | 5 | Er is een parameter toegevoegd over de vastgoedstrategie van instellingen. |
| Toelichting Monitor contracteerbeleid | Wonen & Zorg | | Er is een parameter toegevoegd over de vastgoedstrategie van instellingen, waarbij de toelichting ook is toegevoegd. |

1. Voorwoord

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

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

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

2. Inleiding

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

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

2.1 Uitdagingen langdurige zorg

Volgens het CBS werken er ongeveer 1,5 miljoen mensen in de zorg. Dit is ruim 15% van de werkende bevolking van Nederland. De zorgsector is daarmee de grootste werkgever van het land. Desondanks kampt de zorg met personeelstekorten. Tegelijkertijd neemt het aantal ouderen in Nederland de komende jaren snel toe. En met deze toename stijgt de zorgvraag, waardoor in 2032 naar schatting een tekort van ruim 137.000 zorgmedewerkers ontstaat¹. Nu werkt 1 op de 7 mensen in Nederland in de zorgsector. Als de zorgvraag in het huidige tempo doorgroeit, leidt dat ertoe dat in 2060 1 op de 3 mensen in de zorg nodig is. Dat is zorgelijk, omdat de potentiële beroepsbevolking door de vergrijzing steeds kleiner wordt.

De krapte op de arbeidsmarkt zet de toegankelijkheid en kwaliteit van de langdurige zorg onder druk. Zo leidt een toenemende vraag naar zorg in combinatie met een tekort aan zorgpersoneel tot wachtlijsten. Daarnaast wordt steeds vaker personeel niet in loondienst (PNIL) ingezet om toch zorg te kunnen leveren. Keerzijde hiervan is dat de continuïteit van zorg in het gedrang komt en dat de kosten fors toenemen.

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

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

¹ Bron: Kamerbrief *Nieuwe prognose verwacht personeelstekort*. Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/01/20/kamerbrief-over-nieuwe-prognose-verwachte-personeelstekort>

2.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen

De in paragraaf 2.1 genoemde landelijke uitdagingen raken zowel de Verpleging en Verzorging (V&V), Gehandicaptenzorg (GZ) als Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). In deze paragraaf lichten wij per sector relevante ontwikkelingen toe. In de marktanalyse zijn trends en ontwikkelingen van de zorgvraag in de regio weergegeven².

Ouderenzorg

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

De vergrijzing zien wij terug in het, sinds 2017, jaarlijks groeiend aantal afgegeven indicaties. Een uitzondering is 2020, wat te wijten is aan de gevolgen van het COVID-19 virus. Het aandeel van de hogere zorgzwaartepakketten (ZZP) stijgt tevens, waarmee de zorgvraag steeds zwaarder wordt. Wij verwachten dat deze groei zich de komende jaren zal voortzetten.

Naast de dubbele vergrijzing zien wij een uitdaging in de ontwikkeling die volgt uit het programma WOZO. Binnen het WOZO is afgesproken dat het aantal verpleeghuisplaatsen de komende jaren maar zeer beperkt mag worden uitgebreid. Ouderen wonen daardoor langer thuis terwijl hun zorgvraag intensiever wordt. Wanneer ouderen steeds langer thuis blijven wonen, zonder door te stromen naar een geschikte woning, zal dit leiden tot een zorgvraag die verspreid is over de gehele gemeente. Dit is een onwenselijke ontwikkeling gezien het afnemend arbeidspotentieel. De ontwikkeling van geclusterde woonvormen, preventie en innovatie dragen bij aan het efficiënt inzetten van het schaarse zorgpersoneel. In de hoofdstukken 3 tot en met 6 wordt hier uitgebreider op ingegaan.

Wij zien dat het aantal cliënten met een VV4 indicatie dat intramuraal opgenomen wordt, is afgenomen. Het zorgkantoor ontvangt signalen dat voor deze cliëntengroep echter wel noodzaak is tot een passende voorziening, een tussenvorm tussen de huidige thuissituatie en het verpleeghuis. Door de schaarste aan plekken wordt er vanuit de aanbieders gekeken naar urgentie, waardoor deze groep veelal geen plaats krijgt. Het zorgkantoor wil in blijven zetten op de mogelijkheid om VV4 op te blijven nemen. Een alternatief voor deze groep kan Gezond en Wel Thuis zijn.

Daarnaast ziet het zorgkantoor over de laatste vijf jaar een lichte toename in de wachtlijstdruk. Er bestaan echter grote verschillen tussen de acht gemeenten in de regio, waarbij Vlaardingen de minste wachtenden heeft en het Westland de meeste. Verschillende gemeenten hebben uitbreidingsplannen, wat naar verwachting een positieve invloed gaat hebben op de wachtlijstdruk. Echter, niet iedere gemeente kent dezelfde omvang aan uitbreidingsplannen waardoor de wachtlijstdruk zal gaan verschillen ten opzichte van de huidige situatie. Een voorbeeld is de gemeente Pijnacker-Nootdorp.

² De marktanalyse 2025 maakt onderdeel uit van het Contracteerbeleid 2025, te vinden op de website van Zorgkantoor DSW: <https://www.zorgkantoordsw.nl/Zorgaanbieders/Zorgcontractering/Contracteerbeleid/2025>

Gehandicaptenzorg

Binnen de GZ signaleren wij dat de toenemende complexiteit van de zorgvraag effect heeft op de organisatie van de zorg. Wij noemen hier de drie meest urgente ontwikkelingen.

De cliënten in de GZ worden steeds ouder met als gevolg dat ze langer in zorg blijven en gedurende hun leven een andere zorgvraag ontwikkelen. Deze veranderende zorgvraag hangt samen met het verouderingsproces en komt tot uiting in onder andere een psychogeriatrische en/ of een somatische zorgvraag.

Daarnaast is de woonomgeving niet altijd voldoende ingericht op deze veranderende zorgvraag. Wij zien tegelijkertijd dat de instroom van nieuwe cliënten niet afneemt, hetgeen in potentie resulteert in minder doorstroommogelijkheden binnen de sector.

Een andere ontwikkeling is het toenemende aantal cliënten met een zeer complexe zorgvraag waarbij tegelijkertijd het beschikbare aanbod niet evenredig meebewogen is. Daar komt bij dat de doorstroom op deze complexe zorgplaatsen minimaal is. De doorstroom wordt enerzijds beperkt doordat een (groot) deel van de cliënten die hier verblijven de structuur van deze woonomgeving nodig heeft. Anderzijds signaleren wij beperkte bereidheid binnen de sector om cliënten met een zwaarder zorgprofiel (VG 6/7) op te nemen, zelfs wanneer de situatie van de cliënt stabiel is.

De toename in complexiteit komt mede tot uiting in de stijging van meerzorg, zowel in absolute als in financiële zin. In onze regio is de afgelopen jaren het aantal afgegeven meerzorgbeschikkingen toegenomen. De toename van meerzorg geeft extra druk op de al krappe arbeidsmarkt en schaarse financiële middelen. Door in een vroeg stadium de cliënten in beeld te krijgen en zorg en ondersteuning te bieden, zijn wij overtuigd dat een extra inzet van zorg, boven op het zorgzwaarteprofiel, voorkomen kan worden.

Tot slot wordt de dynamiek in de samenleving steeds sneller en individualistischer, wat het voor cliënten met een verstandelijke beperking moeilijker maakt om deel te nemen aan de maatschappij. Dit kan leiden tot probleemgedrag dat beantwoord wordt met formele zorg.

Geestelijke Gezondheidszorg

Sinds de openstelling van de Wlz voor cliënten met een psychische stoornis is er sprake van een aanhoudend groter dan verwachte instroom. Deze hogere instroom zorgt ervoor dat de betaalbaarheid van zorg voor mensen met een GGZ-woonzorgprofiel onder druk staat. Om de druk op de betaalbaarheid te verminderen en om te zorgen dat cliënten beschikken over passend zorgaanbod hebben Valente, de Nederlandse ggz, ZN, VNG, MIND en VWS afgesproken zich in te spannen om de instroom in de Wlz te beperken. Dit is vastgelegd in de Bestuurlijke afspraken 'Passende zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische aandoening en een langdurige, intensieve zorgvraag'. In deze afspraken zijn verschillende korte en lange termijn maatregelen opgenomen. Eén van de drie korte termijn maatregelen betreft de opgave van de zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders om per zorgkantoorregio te komen tot een regioaanpak om gezamenlijk te bepalen welke zorg en ondersteuning het best aansluit bij de behoeften van de cliënten met een GGZ-W indicatie op basis van spiegelinformatie in het regiobeeld. Met betrekking tot de andere twee korte termijn maatregelen, het afgeven van langer durende Wmo beschikkingen en de duiding van criteria die toegang verschaffen tot de

Wlz, is een belangrijke rol weggelegd voor gemeenten en het CIZ. Een maatregel op lange termijn betreft het onderzoek naar aanpassing van de wet- en regelgeving. Ons insziens is de toelating en daarmee de instroom van mensen met een GGZ-woonzorgprofiel met name afhankelijk van de duiding van de criteria die toegang verschaffen tot de Wlz.

Ten behoeve van het jaar 2025 zullen wij met elkaar het gesprek aan gaan over het "overgangsrecht". Door middel van het gesprek willen we zicht krijgen op de interpretatie en de toepassing van dit overgangsrecht. In goed overleg worden waar mogelijk en wenselijk regionaal afspraken gemaakt over de GGZ-W inclusief behandeling, vooruitlopend op een landelijke duiding van het overgangsrecht. Wij gaan ervanuit dat er ten behoeve van zorgcontractering 2026 een landelijke, uniforme consensus is rondom de duiding van dit overgangsrecht

Persoonsgebonden budget

Cliënten hebben de vrijheid om een keuze te maken in de leveringsvorm van de te ontvangen zorg: Zorg in Natura (ZIN) of persoonsgebonden budget (pgb). Voor het maken van een weloverwogen keuze vinden wij het belangrijk dat cliënten voor beide financieringsvormen over voldoende en de juiste informatie beschikken.

In de marktanalyse zien wij dat het aantal cliënten met een pgb toeneemt, zowel in de thuissituatie als in een kleinschalig wooninitiatief. De kleinschalige wooninitiatieven worden veelvuldig gefinancierd op basis van pgb. Hierdoor heeft een cliënt niet altijd een eigen keuze in de leveringsvorm van de zorg en is vervolgens aangewezen op een pgb. Wij willen daarom meer van dergelijke initiatieven in ZIN aanbieden om deze keuze wel te bieden aan cliënten. Het zorgkantoor merkt in de gesprekken met (startende) wooninitiatieven dat met name financiering via ZIN onbekend is en dat dit de reden is van de keuze voor het aanbieden van zorg in pgb.

Daarom hebben wij inzichtelijk gemaakt wat de toetredingsregels c.q. eisen zijn per leveringsvorm. Ons uitgangspunt is om, waar mogelijk, de toetredingsregels voor pgb en ZIN aan elkaar gelijk te stellen zodat er gelijkwaardigheid ontstaat tussen beide leveringsvormen. Om startende wooninitiatieven te ondersteunen in de keuze van een passende leveringsvorm gaan wij graag in een vroeg stadium met hen in gesprek. Voor meer informatie, zie:

<https://www.zorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorgcontractering/wooninitiatieven>

2.3 Regionale visie op ontwikkelingen langdurige zorg

Op basis van de landelijke uitdagingen en sectorspecifieke ontwikkelingen hebben wij een aantal regionale uitgangspunten geformuleerd. Deze uitgangspunten achten wij essentieel om de langdurige zorg in de regio toekomstbestendig te maken.

Voortzetting regionale samenwerking

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

De goede samenwerking in de regio heeft reeds geleid tot het Programma Regionale Aanpak Ouderenzorg, de Regiovisie GZ en het Regionaal Integraal Gezondheids Akkoord³ (RIGA). Het RIGA is ons regionale alternatief voor het IZA. Ten aanzien van het landelijke IZA missen wij de betrokkenheid van de langdurige zorg. Een integrale benadering, over domeinen heen, is noodzakelijk. Binnen het landelijke programma WOZO zetten wij vraagtekens bij het beleid rondom de beperkte uitbreiding van intramurale capaciteit. Met de aankomende dubbele vergrijzing blijft de vraag naar intramurale opnames stijgen. Deze stijging is niet op te vangen door alleen in te zetten op langer thuis wonen; uitbreiding van intramurale capaciteit is nog steeds nodig. Met het RIGA gaan wij, samen met DSW zorgverzekeraar, zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten, scholen en woningbouwcorporaties, een omgeving realiseren waarin de inwoner prettig en gezond kan leven, de verschillende domeinen elkaar versterken en zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar zijn wanneer nodig. Het RIGA vormt de basis voor regionale samenwerking rondom preventie, gezondheid, zorg en ondersteuning. Om deze transformatie van zorg vorm te geven, werken wij vanuit het zorgkantoor opnieuw met meerjarencontracten. In hoofdstuk 7 wordt dit uitgewerkt.

Domeinoverstijgende financiering

Om zorgvragen te voorkomen moet meer gedacht worden vanuit preventie, welzijn en ondersteuning. Dit vraagt om samenwerking over de domeinen heen, zowel binnen als buiten de zorgsector. Dat betekent inzetten op domeinoverstijgende samenwerking, zonder dat partijen zich laten belemmeren door de financiering. Tot op heden is het voor het zorgkantoor niet mogelijk om vanuit de Wlz te investeren in preventie en/of het voorliggende domein. Het wetsvoorstel DOS (Domein Overstijgende Samenwerking) moet hierin mogelijkheden bieden. Dit wetsvoorstel ligt op dit moment ter besluitvorming bij de Tweede Kamer. VWS besluit uiterlijk 1 september 2024 of het wetsvoorstel per 1 januari 2025 wordt doorgevoerd. Is er 1 september nog geen akkoord, dan wordt het voorstel een jaar uitgesteld. Wij zien met de komst van wet DOS grote kansen voor ons als regio. Zodra hierover meer informatie beschikbaar is, zullen wij dit delen.

Personeel

Het zorgkantoor is ervan overtuigd dat de inzet van voldoende en tevreden personeel (in loondienst) en vrijwilligers bijdraagt aan zowel zorg van goede kwaliteit als aan het verhogen van de kwaliteit van leven van cliënten. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders om te zorgen dat hun personeel en de vrijwilligers dusdanig toegerust zijn dat zij, binnen de mogelijkheden en situatie, in de wensen en behoeften van de cliënt kunnen voorzien. De toenemende krapte op de arbeidsmarkt dwingt tegelijkertijd tot een andere manier van werken. Er zal een omslag gemaakt moeten worden van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Zorgorganisaties zullen deze benodigde omslag in denken moeten faciliteren. Binnen het Programma Regionale Aanpak Ouderenzorg is een werkgroep opgericht die hierbij kan ondersteunen⁴.

Aanmoedigen van technologische innovatie en innovatieve werkwijzen

De combinatie van een toenemend aantal zorgvragers en de arbeidsmarktproblematiek vraagt om *anders werken*. Dat gaat niet alleen om het inzetten van technologische innovatie, maar om innovatie in de breedste zin van het woord. Anders werken moet

³ Zie voor meer informatie over het RIGA: <https://www.zorgkantoordsw.nl/Zorgaanbieders/Nieuws/Regionaal-Integraal-Gezondheidsakkoord-ondertekend-in-WSD-regio>

⁴ Zie voor meer informatie: www.gezondenwel-wsd.nl

leiden tot efficiëntere inzet van het beschikbare arbeidspotentieel en het betrekken en versterken van het netwerk van de cliënt. Zo kan het versterken van de zelf- en samenredzaamheid, inzetten op het opbouwen van een netwerk, van vrijwilligers of medewerkers zonder zorgachtergrond hier onderdeel van uitmaken. Een voorbeeld is de mogelijke transitie naar minder formele zorgverlening en meer focus op welzijn en daarmee de inzet van welzijnsmedewerkers. Dit kan zowel in de thuisituatie als in de verpleeghuizen worden geïmplementeerd.

Innovatie is een van de oplossingen om de zorg toegankelijk en beschikbaar te houden. Ondanks het feit dat er in de regio geïnnoveerd wordt, ligt er nog potentie in het meer gebruik maken van innovatie. Daarom willen wij de komende jaren een omgeving creëren waarin innovaties van de grond komen, de mogelijkheden van de innovaties benut worden en deze kunnen worden opgeschaald. In hoofdstuk 5 komt innovatie aan de orde.

2.4 Duurzaamheid

De zorgsector is verantwoordelijk voor 7% van de CO₂-uitstoot, 13% van het grondstofverbruik en 4% van het afval in Nederland. Dat heeft ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid. Als zorgkantoor vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap. Daarom zetten we samen met u in op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector en monitoring daarvan. We doen dit op basis van de afspraken die in Nederland gemaakt zijn in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0).

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

De CSRD verplicht bedrijven en organisaties te rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn wettelijk verplicht om te rapporteren conform de CSRD-vereisten. We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die zorgverzekeraars van hen nodig hebben in het kader van de CSRD-wetgeving. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich mee brengt. Hoe dit er voor 2025 precies uit gaat zien, is op dit moment nog niet bekend. Zodra hierover meer duidelijk is, zult u hierover worden geïnformeerd.

We verwachten van u dat u:

- zich committeert aan de doelen van de GDDZ 3.0;
- duurzaamheid verankert in uw strategie. Van kleine zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in geval u verplicht bent een jaarverslag te maken, maar niet CSRD-plichtig bent, u ook in het jaarverslag rapporteert over de duurzaamheidsprestaties van uw organisatie en hoe die zich verhouden tot doelen en ambities van de organisatie;
- conform GDDZ 3.0 (art. 4.2.e.) een mobiliteitsplan heeft opgesteld gericht op het terugdringen van de CO₂-emissie t.g.v. vervoersbewegingen van medewerkers (alleen zorgaanbieders met meer dan 100 fte).

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector. Zie [de tabel Groene Initiatieven](#) voor deze voorbeelden. Ondersteuning bij de verduurzaming van de organisatie is ook te vinden per sector in de 'Toolkit duurzaamheid' van de Nederlandse ggz, de 'Toolkit duurzaamheid' en de 'Factsheet duurzaam vervoersbeleid' van Actiz en 'Toolkit Duurzaamheid' van VGN.

2.5 Leeswijzer

In de komende hoofdstukken wordt uiteengezet op welke manier het zorgkantoor invulling wil geven aan de hierboven beschreven opgaven en aan onze regionale visie. In de hoofdstukken 3 tot en met 6 wordt ingegaan op de thema's Wonen en Zorg, Kwaliteit, Innovatie en als laatste Toegankelijkheid en Doelmatigheid. Elk thema wordt kort ingeleid, waarna de uitgangspunten van ons beleid worden beschreven. In hoofdstuk 7 komt de vertaling in concrete afspraken aan bod, gevolgd door hoofdstuk 8 met informatie over het proces van zorgcontractering.

3. Wonen en Zorg

Om de toekomstbestendigheid van de langdurige zorg in de regio te garanderen, focussen wij ons nadrukkelijk op de noodzakelijke transitie van het woonzorgvastgoed. Nieuwe woonoplossingen zijn nodig om in de toekomst iedereen die dat nodig heeft te kunnen voorzien van een woning waar (langdurige) zorg geboden kan worden.

Uitgangspunten beleid

De transitie van het woonzorgvastgoed hangt samen met de zorginhoudelijke ontwikkelingen binnen de specifieke sector en kent daarom uiteenlopende uitdagingen. Deze worden hieronder besproken.

Ouderenzorg

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

| | 2025 | Al gepland | 2030 | 2035 | 2040 | 2025 bij 5% verplaatsing |
|---------------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------|
| Delft | 160 | -28 | 280 | 420 | 540 | 190 |
| Lansingerland | 60 | | 140 | 230 | 340 | 80 |
| Maassluis | 50 | | 100 | 130 | 150 | 70 |
| Midden-Delfland | 10 | | 20 | 50 | 70 | 10 |
| Pijnacker-Nootdorp | 50 | +9* | 100 | 180 | 280 | 60 |
| Schiedam | 60 | +75 | 170 | 280 | 390 | 110 |
| Vlaardingen | 40 | +40 | 110 | 180 | 250 | 80 |
| Westland | 80 | +94 | 190 | 310 | 440 | 120 |
| Totaal | 510 | 190 | 1110 | 1780 | 2460 | 720 |

In Delft staat een uitbreiding van 18 plaatsen gepland, maar tevens een reductie van 46 plaatsen.
In Pijnacker-Nootdorp staat een uitbreiding gepland van 21 plaatsen, maar ook een reductie 12 plaatsen.

Tabel 1: Benodigde uitbreiding intramurale verpleeghuisplaatsen⁵.

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

| | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Delft | 330 | 390 | 450 | 490 |
| Lansingerland | 120 | 140 | 170 | 200 |
| Maassluis | 130 | 150 | 160 | 170 |
| Midden-Delfland | 60 | 70 | 90 | 100 |
| Pijnacker-Nootdorp | 120 | 150 | 170 | 210 |
| Schiedam | 390 | 450 | 510 | 570 |
| Vlaardingen | 270 | 300 | 330 | 340 |
| Westland | 430 | 500 | 560 | 640 |
| Totaal | 1850 | 2150 | 2440 | 2720 |

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

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

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

Het zorgkantoor geeft bij de toekenning van budget voorrang aan de uitbreiding van (extramuraal) zorgverlening in lijn met het Gezond en Wel Thuis concept ten opzichte van traditionele vormen van zorgverlening. De uitwerking volgt in hoofdstuk 7.

Tenslotte leidt de toename van het aantal ouderen met een intensieve zorgvraag, in combinatie met het mogelijk ontbreken van een gedegen netwerk, ertoe dat niet alle ouderen thuis kunnen blijven wonen. Hierbij is in verpleeghuizen, net als in geclusterde woonvormen, efficiëntere inzet van personeel mogelijk dan in de thuissituatie. Om deze groep van zorg te kunnen voorzien zijn extra verpleeghuisplaatsen nodig. Uitbreiding hiervan blijft in onze regio tot de mogelijkheden behoren, mits een zorgvuldig proces doorlopen is en het zorgkantoor akkoord is met deze uitbreiding. Nadere toelichting is terug te vinden in hoofdstuk 7.

Gehandicaptenzorg

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

De andere belangrijke ontwikkeling is de hogere instroom in de sector van cliënten met een verstandelijke beperking⁶. Wij zien kansen om de instroom in de Wlz te voorkomen of uit te stellen. Niet iedere zorgvraag betekent een intramurale opname wanneer in een vroeg stadium ingezet wordt op het creëren van eigen regie en zelfredzaamheid. Door cliënten met een verstandelijke beperking eerder in beeld te krijgen, kan zo vroeg mogelijk passende begeleiding geboden worden. Deze vroegsignalering en het anticiperen op de hulp- en zorgvraag vraagt om samenwerking over de domeinen heen. Een samenwerking met het voorliggend domein, maar ook met sociale partijen zoals het onderwijs, is nodig om deze doelgroep eerder te signaleren en te ondersteunen. Om hier concreet mee aan de slag te gaan, is er in het regiovisie traject GZ een werkgroep opgericht die hier in gezamenlijkheid invulling aan geeft.

De laatste ontwikkeling waar wij regionaal invulling aan geven betreft de steeds ouder wordende cliënt binnen de GZ. Het gevolg hiervan is een veranderende zorgvraag en langere verblijfsduur. Regionaal wordt de samenwerking gezocht met de V&V om kennis en expertise te delen. Het doel van deze samenwerking is de veranderende behoeften met betrekking tot passende daginvulling inzichtelijk te maken evenals de veranderingen in de fysieke leefomgeving die nodig zijn om de juiste zorg te kunnen blijven bieden. De vervolgstap is het ontwikkelen van specifieke capaciteit ingericht op de oudere VG-cliënt. Dit verhoogt de kwaliteit van leven voor deze doelgroep en draagt bij aan de algehele regionale doorstroom binnen de sector.

De Regiovisie GZ heeft als uitgangspunt de sector- en domeinoverstijgende samenwerking om de hierboven beschreven uitdagingen het hoofd te bieden. De organisatie van zorg en eigen regie voor de cliënt staan centraal en niet de financiering.

GGZ

Met het toenemend aantal cliënten met een GGZ-W indicatie neemt de druk op de beschikbare plaatsen toe. Domeinoverstijgend samenwerken is in de GGZ noodzakelijk om de doorstroom op gang te helpen en cliënten waar mogelijk te bewegen om zelfstandig buiten de instelling te gaan wonen (ambulantisering). Daarnaast sluiten we aan op het traject Housing First.

⁶ Zie: <https://www.vgn.nl/nieuws/zorgverzekeraars-nederland-en-vgn-sluiten-akkoord-voor-toekomstbestendige-gehandicaptenzorg>

4. Kwaliteit

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

Uitgangspunten beleid

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

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

Focus op kwaliteit van leven

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

Wij sluiten in de zorgcontractering aan bij de kwaliteitseisen die vanuit de beroepsgroep worden gesteld. Desondanks is het denkbaar dat er een situatie ontstaat waarin het niet altijd haalbaar is om aan huidige kwaliteitseisen te voldoen. Hierbij staat het zorgkantoor open voor een gesprek over welke risico's aanvaardbaar kunnen zijn gegeven de omstandigheden. Daarnaast kan het voorkomen dat er door zorgaanbieders een (onnodige) regeldruk wordt ervaren. Als er binnen de beïnvloedingssfeer van het zorgkantoor mogelijkheden zijn om deze druk te verlichten, gaan wij hierover graag in gesprek (zie hoofdstuk 5 Innovatie).

Specifiek in de GZ gaat het zorgkantoor met zorgaanbieders afspraken maken over de invulling en voortgang op de vijf kanslijnen bij individuele zorgaanbieders. In de gesprekken wordt de voortgang hiervan gemonitord. Tevens wordt er in de Regiovisie GZ gezamenlijk gewerkt aan de organisatie van toekomstbestendige zorg.

Medewerker als grootste kapitaal

De medewerker is het grootste kapitaal van een zorgorganisatie. Wij verwachten van zorgaanbieders dat deze actief bezig zijn met het in balans krijgen en houden van hun personeelsbestand, met in het bijzonder aandacht voor ziekteverzuim en uitstroom. Het is hierbij noodzakelijk om een plan te hebben om de verwachte stijging van cliënten op te vangen met maximaal gelijkblijvend personeel. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij innovatieve manieren van werken en personeelsinzet ontwikkelen. Daarnaast vinden wij de groeiende groep personeel niet in loondienst (PNI)L) verontrustend. Wij

willen zowel in de verschillende regioprogramma's als met de individuele organisaties in gesprek over hoe wij dit kunnen beperken. Als het zorgkantoor signalen krijgt dat er problemen zijn rond het inzetten van voldoende en bekwaam personeel, gaan wij in gesprek met de zorgaanbieder. Daarbij inventariseren wij goede voorbeelden van andere aanbieders en delen wij deze waar mogelijk.

5. Innovatie

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

5.1 Uitgangspunten beleid

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

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

Samenwerken in de regio

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

Innoveren en administratieve lasten

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

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

Bewezen effectieve innovaties

Innoveren gebeurt door heel het land en het is zonde om ideeën en ervaringen die andere zorgaanbieders hebben, niet te benutten. De Kennisbank Digitale Zorg⁷ stelt een dynamische lijst op van innovaties die bewezen effectief zijn. De lijst bestaat enerzijds

⁷ Zie: <https://www.vilans.nl/kennisbank-digitale-zorg>

uit door de Kennisbank Digitale Zorg bewezen innovaties en anderzijds uit innovaties die nog niet door de Kennisbank Digitale Zorg zijn beoordeeld, maar in de praktijk hun nut hebben aangetoond en onderschreven worden door brancheorganisaties en/of Vilans en/of GUPTA Strategics.

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

5.2 Financiering

Wij willen het innoveren in de regio versnellen. Voor alle aanbieders zien we een belangrijke maatschappelijke opgave om meer cliënten met dezelfde hoeveelheid personeel en budget te helpen. Wij willen organisaties tot op zekere hoogte vrijheid geven hoe zij deze opgave aangaan en gezamenlijk onderzoeken hoe wij dit financieren. Om dit te bereiken oormerken wij, naast het stimuleringsbudget, 1% van onze contracteerruimte voor innovatie. Dit innovatiebudget is beschikbaar voor alle gecontracteerde zorgaanbieders, ongeacht sector of leveringsvorm. Een zorgaanbieder kan gedurende de looptijd van de overeenkomst eenmalig aanspraak maken op innovatiebudget tot maximaal 1% van de budgetafspraken. U kunt als aanbieder altijd een hogere of tweede aanvraag indienen. Mocht er gedurende de looptijd van dit beleid ruimte over zijn van dit innovatiebudget (bijvoorbeeld wanneer andere Wlz-aanbieders geen gebruik van deze mogelijkheid maken), dan zullen we deze aanvragen alsnog beoordelen. In paragraaf 7.4 wordt deze financiering verder toegelicht.

Transitiemiddelen

In de periode 2022-2026 zijn transitiemiddelen beschikbaar, waaronder het stimuleringsbudget. Dit stimuleringsbudget is nadrukkelijk bedoeld om de toekomstige uitdagingen op verschillende terreinen aan te kunnen gaan (arbeidsmarkt, innovatie en capaciteitsontwikkeling). Daaronder vallen het stimuleren van modern werkgeverschap en de (opschaling van) bewezen effectieve technologie en innovatie. Wij roepen zorgaanbieders op om met innovatieve ideeën te komen, welke met deze middelen gefinancierd kunnen worden⁸.

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

⁸ Zie voor meer informatie het *Aanvullend inkoopbeleid transitiemiddelen 2022 - 2023* op de website van Zorgkantoor DSW via: <https://www.zorgkantoordsw.nl/Zorgaanbieders/Zorgcontractering/Contracteerbeleid/2023>

Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg (STOZ)

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

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

Subsidie kan aangevraagd worden voor de volgende projecten:

1. Implementatiestart
2. Opschalingsproject
3. Evaluatieproject

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

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

6. Toegankelijkheid en doelmatigheid

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

6.1 Uitgangspunten beleid

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

Alternatieve woonvormen

Om de toegankelijkheid voor cliënten te borgen, zetten wij in op de doorstroom naar een geschikte woonvorm, die niet per definitie een intramurale opname betekent. Alternatieve huisvesting speelt in op deze ontwikkeling en kan bijvoorbeeld worden vormgegeven door: zelfstandig wonen in de wijk voor GZ/GGZ en geclusterde woonvoorzieningen voor ouderen. Op deze manier kan worden bijgedragen aan het voorkomen of uitstellen van intramurale opname. Binnen de GZ wordt gewerkt aan oplossingen gericht op het opnamebeleid (VG6/7) en de preventie voor met name cliënten met een lichtere zorgvraag. De V&V geeft invulling door de ontwikkeling van alternatieve geclusterde woonvormen in lijn met het eerdergenoemde Gezond en Wel Thuis concept.

VG7

De financiering van VG7-zorgverlening staat al geruime tijd onder druk. Deze druk leidt er mede toe dat zorgaanbieders in toenemende mate terughoudend zijn in het opnemen van cliënten met een VG7-indicatie. Momenteel voert de NZa een kostenonderzoek uit waarin de VG7-vergoeding wordt meegenomen. Echter, de uitkomsten van dit kostenonderzoek zullen naar verwachting niet eerder dan 2026 verwerkt worden in de tariefstelling van de NZa. Het zorgkantoor gaat in gesprek met de zorgaanbieders die VG7 zorg verlenen en maakt een maatwerkafspraken over mogelijke compensatie voor de periode tot dat het kostenonderzoek van de NZa volbracht is.

Meerzorg

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

Andere wijze van contracteren

Het zorgkantoor constateert dat de huidige wijze van contracteren niet altijd voldoende passend is voor zorgaanbieders om anders te werken. Zo moeten we bijvoorbeeld meer kijken naar gemiddelden, zoals gemiddelde kosten per cliënt en gemiddelde personele inzet. Op deze manier worden partijen gemotiveerd om anders te werken. Het zorgkantoor nodigt de zorgaanbieders uit om hierover in gesprek te gaan met het zorgkantoor. In hoofdstuk 7 wordt hier nader op ingegaan.

6.2 Zorgatlas

De Zorgatlas biedt een landelijk overzicht van het gecontracteerde zorgaanbod in de Wlz. Met deze informatie kunnen cliënten beter zoeken naar de gewenste zorgaanbieder. De gegevens in de Zorgatlas moeten door de zorgaanbieder aangeleverd en bijgehouden worden.

7. Afspraken

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

Belangrijke onderdelen van deze samenwerkingsafspraken zijn het tariefpercentage en het volume. Binnen de regio wordt van oudsher voor het maken van afspraken maatwerk toegepast en deze werkwijze wordt de komende jaren gecontinueerd. Uitwerking van deze maatwerkafspraken is onder andere de tariefdifferentiatie; zie bijlage en paragraaf 7.2.

7.1 Meerjarenafspraken

Het uitgangspunt van het zorgkantoor is om, waar mogelijk, meerjarige afspraken te maken met een looptijd tot 2028. Meerjarige afspraken voorzien zorgaanbieders voor een langere periode van financiële zekerheid en beperking van administratieve lasten. Het zorgkantoor vindt dat een meerjarige afspraak tevens bij moet dragen aan de opdracht om de zorg betaalbaar en beschikbaar te houden. Het overeenkomen van een meerjarige afspraak koppelen wij daarom aan een resultaatafspraak gedurende de looptijd van de overeenkomst. Het doel van de resultaatafspraak is om stappen te zetten die bijdragen aan een toekomstbestendige zorg zodat met dezelfde middelen meer cliënten geholpen kunnen worden. Voorbeelden van een resultaatafspraak zijn: gelijkblijvende kosten per cliënt (ZZP-mix en/of ureninzet), daling van gemiddeld meerzorgbudget, ambulantisering en een daling van het tariefpercentage gedurende de looptijd van de afspraak. De uitwerking van een resultaatafspraak wordt in onderling overleg nader vormgegeven.

7.2 Tarief

Bepaling tariefpercentage

Het zorgkantoor maakt voor de vaststelling van het tarief gebruik van een monitor waarmee een beeld wordt gevormd van de zorgaanbieder. Deze monitor geeft inzicht in hoe de zorgaanbieder inspeelt op de eerder beschreven thema's en uitdagingen: wonen en zorg, kwaliteit, innovatie en toegankelijkheid en doelmatigheid. Daarnaast bevat onze monitor organisatorische onderdelen waaronder: administratie, personeel en transparantie. De monitor is als bijlage toegevoegd bij dit contracteerbeleid⁹.

De uitkomst van de monitor bepaalt het tariefpercentage. Dit percentage wordt als basis gedurende de looptijd van de meerjarenafpraak toegepast op het maximum NZa-tarief. De monitor kent drie mogelijke uitkomsten: een verhoging van maximaal 1%, een

⁹ De monitor maakt onderdeel uit van het Contracteerbeleid 2025, te vinden op de website van Zorgkantoor DSW: <https://www.zorgkantoordsw.nl/Zorgaanbieders/Zorgcontractering/Contracteerbeleid/2025>

verlaging van maximaal 1% of een gelijkblijvend tariefpercentage aan 2024, met een maximum van 97,5% van het NZa-tarief¹⁰.

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

Alternatief totstandkoming passende afspraken

Naast het gebruik van de monitor is het mogelijk om tot alternatieve passende afspraken te komen, zoals het gebruik van een aanneemsom of een afspraak op gemiddelden. Het zorgkantoor staat ervoor open om deze mogelijkheden te onderzoeken in gezamenlijkheid met de zorgaanbieder waarbij sprake is van een resultaatafspraak en een stabiel en substantieel volume. Daaronder vallen zorgaanbieders met een omvang van minimaal 100 verblijfplaatsen in de laatste drie jaar voorafgaand aan dit meerjarenbeleid 2024-2026.

Type zorgaanbieders

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

Bestaande zorgaanbieders zijn gedefinieerd als zorgaanbieders die in 2024 een meerjarenovereenkomst en productieafspraken hebben met het zorgkantoor.

Zorgaanbieders nieuw in de regio worden gedefinieerd als zorgaanbieders met een overeenkomst in 2024 in een andere zorgkantoorregio dan de WSD-regio.

Nieuwe zorgaanbieders zijn gedefinieerd als zorgaanbieders die in 2024 geen overeenkomst, geen overeenkomst vanaf 1 januari 2024 of een overeenkomst met een productieafspraken van maximaal € 25.000 hebben met zorgkantoor DSW.

Voor de bepaling van het tariefpercentage maakt het zorgkantoor onderscheid tussen drie type zorgaanbieders: bestaande zorgaanbieders met een resultaatafspraak, bestaande zorgaanbieders zonder resultaatafspraak en nieuwe zorgaanbieders. Onder nieuwe zorgaanbieders vallen ook zorgaanbieders nieuw in de regio.

Bestaande zorgaanbieders met een resultaatafspraak

Voor dit type zorgaanbieder geldt dat de basis van de financiële afspraak 2025-2028 voortvloeit uit de huidige (meerjaren)afspraken. Onderdeel van deze meerjarenafspraken is het overeengekomen tariefpercentage gedurende de looptijd van de overeenkomst.

Gedurende de jaarlijkse contracteringsoverleggen zal nader stilgestaan worden bij de voortgang van de resultaatafspraken uit de meerjarenafspraken. De zorgaanbieder ontvangt de monitor, zoals ingevuld door het zorgkantoor, uiterlijk een week voorafgaand aan dit overleg. Welke items per thema van toepassing zijn, is afhankelijk van de zorg die de zorgaanbieder verleent. De monitor wordt jaarlijks ingevuld door het

¹⁰ Voortvloeiende uit de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis' de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg' en de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg'.

zorgkantoor en dient in de jaren na vaststelling van het tarief als basis voor het gesprek ter monitoring van de meerjarenafspraak.

Bestaande zorgaanbieders zonder resultaatafspraak

Voor dit type zorgaanbieder geldt dat een meerjarenovereenkomst (2025-2028) wordt gesloten, met een eenjarige financiële afspraak. De basis van de financiële afspraak (2025) vloeit voort uit de lopende afspraak (2024).

Op basis van de monitor wordt het tariefpercentage vastgesteld. De uitkomst van de monitor, zoals door het zorgkantoor ingevuld, vormt de basis voor een gesprek. De monitor wordt uiterlijk een week voorafgaand aan het contracteringsoverleg gedeeld. Tijdens dit gesprek wordt het definitieve tariefpercentage voor 2025 afgesproken.

Het tariefpercentage 2025 van zorgaanbieders met wie het zorgkantoor geen resultaatafspraak maakt, kan niet stijgen ten opzichte van het afgesproken tariefpercentage 2024. De uitkomst van de ingevulde monitor is daarmee maximaal het afgesproken tariefpercentage 2024, met een bovengrens voor het af te spreken tarief van 97,5% van het NZa-tarief¹¹. De zorgaanbieder ontvangt de monitor, zoals ingevuld door het zorgkantoor, voorafgaand aan dit overleg. Welke items per thema van toepassing zijn, is afhankelijk van de zorg die de zorgaanbieder verleent.

Nieuwe zorgaanbieders & zorgaanbieders nieuw in de regio

Met nieuwe zorgaanbieders en zorgaanbieders nieuw in de regio wordt een eenjarige overeenkomst afgesloten, waarbij voor 2025 een tariefpercentage van 91% van het NZa-tarief geldt. Het betreft hier bestendig beleid. Gedurende de looptijd van deze overeenkomst wordt op basis van de monitor het tariefpercentage vastgesteld voor de periode na 2025. Het zorgkantoor maakt de afweging of de eenjarige afspraak wordt gecontinueerd of dat deze wordt omgezet naar een meerjarige overeenkomst.

7.2.1 Overige punten inzake tarief

Toepassing NHC/NIC component

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

Totstandkoming tarieven extramurale prestaties

De tarieven voor extramurale prestaties worden als volgt berekend:

- Tarief per minuut:

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

- Tarief per uur:

Tarief per minuut * 60.

¹¹ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis, Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg, Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg.

Overlap voorliggend domein

Het zorgkantoor zal waar mogelijk aansluiten bij de tariefstelling van producten die zowel vanuit de Wlz als het sociale domein gefinancierd kunnen worden, voorbeelden zijn huishoudelijke hulp en begeleiding (individueel en groep).

Crisiszorg

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

7.3 Volume

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

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

Specifiek voor de V&V is hetgeen opgenomen in het Programma Regionale Aanpak Ouderenzorg leidend. Dat betekent onder andere dat het zorgkantoor nadrukkelijk kijkt naar nieuwe zorgaanbieders in de gemeenten waar het aantal intramurale zorgaanbieders beperkt is, omdat het zorgkantoor veel waarde hecht aan keuzevrijheid voor cliënten.

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

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

| | |
|-----|-----|
| V&V | 90% |
| GZ | 95% |
| GGZ | 95% |

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

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

7.4 Innovatiebudget

Zoals in hoofdstuk 5 uitgelegd, gaat het zorgkantoor innovatie stimuleren door 1% van contracteerruimte ZIN te oormerken als innovatiebudget. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder gaan bij de vaststelling van de budgetafspraken in gesprek over te realiseren innovatie(s). Ten tijde van de herschikking wordt de voortgang besproken, waarna het zorgkantoor beoordeelt of het innovatiebudget definitief wordt toegekend en toegevoegd aan de afspraak. Op basis van de totale uitnutting van het regionale innovatiebudget kan de zorgaanbieder een groter beroep doen op het innovatiebudget dan 1%.

De zorgaanbieder dient op zijn laatst tijdens het contracteringoverleg bij de relatiebeheerder kenbaar te maken dat zij aanspraak wil maken op het innovatiebudget, zodat dit meenomen kan worden in de vaststelling van de initiele afspraak. Middels een innovatieplan wordt aangegeven wat het bestedingsdoel van het innovatiebudget is. De afspraken worden vastgelegd in het addendum behorende bij de overeenkomst en tevens bij de definitieve herschikking van het betreffende jaar.

Het innovatieplan van maximaal 1 A4 dient ten minste te bevatten:

- Een beschrijving van de innovatie(s) waar het budget voor wordt aangevraagd;
- De aanleiding om deze innovatie(s) in te gaan zetten, inclusief het beoogde doel;
- Tijdsplanning met beschrijving per stap;
- Globaal overzicht van de kostenreductie en/of winst die het oplevert. De winst kan zijn in kwaliteit, arbeidskracht en/of tijd;
- Kosten van de innovatie.

7.5 Hardheidsclausule

Omdat het zorgkantoor in de afspraken met de individuele aanbieder differentiatie toepast, is daarmee een uitwijkmogelijkheid door middel van een hardheidsclausule in basis niet noodzakelijk. Als de hierboven beschreven tariefsystematiek voor de zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk nadelig gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule. De zorgaanbieder dient binnen 20 kalenderdagen na de vaststelling van het tarief aan te geven dat zij beroep willen doen op de hardheidsclausule, inclusief onderbouwing.

Om voor toepassing van de hardheidsclausule in aanmerking te komen moet de zorgaanbieder kunnen aantonen dat de zorgaanbieder op een doelmatige manier zorg levert en het beoogde tarief niet kostendekkend zal zijn. De zorgaanbieder moet dit onderbouwen door middel van het aanleveren van ten minste de laatste twee

jaarrekeningen, de begroting van 2024, 2025 en 2026 inclusief mogelijke aangepaste prognoses hiervan en de liquiditeitsprognoses, gericht op de Wlz exploitatie. Afhankelijk van de situatie kunnen aanvullende documenten opgevraagd worden door het zorgkantoor.

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

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

8. Proces Zorgcontractering

8.1 Schematisch verloop en planning

Het zorgkantoor hanteert deadlines in het contracteerproces 2025. Schematisch verloopt het proces van zorgcontractering voor een overeenkomst per 1 januari 2025 als volgt:



Figuur 1: Schematisch verloop en planning contracteringsproces 2025.

8.2 Indiening offerte

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

1. Bestaande zorgaanbieders met een Wlz-overeenkomst 2024 met Zorgkantoor DSW;
2. Zorgaanbieder nieuw in de regio (wel een Wlz-overeenkomst in 2024 in een andere zorgkantoorregio dan WSD);
3. Geheel nieuwe zorgaanbieder (nog geen Wlz-overeenkomst in 2024 elders).

In bijlage I staat welke documenten de verschillende categorieën zorgaanbieders moeten indienen om een overeenkomst voor 2025 (-2028) te verkrijgen.

Het zorgkantoor maakt voor de contractering voor 2025 en verder gebruik van het Zorginkoopportaal van VECOZO. Vanaf 1 juli 2024 is het VECOZO portaal geopend. Bestaande aanbieders ontvangen vanuit VECOZO een bericht. Nieuwe aanbieders (in de regio) kunnen een mail sturen met vermelding van de AGB-code naar contractering.wlz@dsw.nl waarna tevens een bericht vanuit VECOZO wordt gestuurd. De zorgaanbieder dient de offerteaanvraag uiterlijk 31 juli 2024, voor 17:00 uur in te dienen via de uitvraagmodule in het Zorginkoopportaal. Om in te loggen in het zorginkoopportaal heeft u een persoonlijk VECOZO certificaat nodig dat geautoriseerd is voor de uitvraagmodule van het Zorginkoopportaal.

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

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

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

Degene die een offerteaanvraag indient, wordt geacht kennis te hebben genomen van en onvoorwaardelijk te hebben ingestemd met de toepasselijkheid en inhoud van dit Contracteerbeleid Wlz 2025 – 2026 Zorgkantoor DSW en alle daarbij behorende documenten. Alle aangeleverde documenten zijn in de Nederlandse taal opgesteld.

Het zorgkantoor heeft de offerteaanvraag met alle bijbehorende bijlagen met zorg samengesteld. Indien een aanvrager meent dat informatie of een bepaling in deze offerteaanvraag of andere documentatie rond deze offerteaanvraag – waaronder (maar niet uitsluitend) de geschiktheidseisen, uitsluitingsgronden en algemene voorwaarden – onjuist, onrechtmatig of op andere wijze onregelmatig is, dient de aanvrager uiterlijk 13 juni 2024 voor 12:00 uur Zorgkantoor DSW schriftelijk te attenderen op die vermeende onjuistheid, onrechtmatigheid of onregelmatigheid anderszins.

Zorgaanbieders kunnen, als zij het niet eens zijn met het contracteerbeleid inclusief de gepubliceerde Nota van Inlichtingen binnen een termijn van 20 kalenderdagen na de dag van de publicatie van de Nota van inlichtingen een bezwaar indienen bij het zorgkantoor (via contractering.wlz@dsw.nl) dan wel een kortgedingprocedure beginnen

bij de rechtbank te Rotterdam. Deze termijn is een vervaltermijn. Indien een aanvrager het zorgkantoor hierop niet tijdig op de voorgeschreven wijze heeft geattendeerd, is elke (latere) vordering gericht tegen de vermeende onjuistheid, onrechtmatigheid of onregelmatigheid anderszins niet ontvankelijk.

Door deelname aan de contracteringsprocedure accepteren zorgaanbieders dat zij een bezwaar moeten indienen of het kortgeding 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 contracteerbeleid inclusief de Nota van inlichtingen – in rechte – op te komen.

Een eventueel aangespannen kortgeding heeft geen schorsende werking voor definitieve contractering.

Tussentijds contracteren

Zorgaanbieders die verwachten pas in de loop van 2025 te starten, hebben de mogelijkheid om, in afwijking op bovenstaande, tussentijds te contracteren. De voorwaarden voor contractering en de beoordelingsprocedure zijn gelijk aan die bij een reguliere inschrijving. Het zorgkantoor verwacht dat zorgaanbieders zich alleen aanmelden voor een tussentijdse overeenkomst wanneer aannemelijk is dat zij in het betreffende jaar nog zorg gaan leveren.

Voor tussentijdse contractering dient de zorgaanbieder de offerteaanvraag uiterlijk 28 februari 2025 23:59 in via het Zorginkoopportal van VECOZO. Het zorgkantoor beoordeelt de aanmelding en geeft binnen 2 maanden na de uiterste indieningsdatum de zorgaanbieder een terugkoppeling van deze beoordeling.

Zorgaanbieders die naar aanleiding van een inschrijving uiterlijk 31 juli 2024 17:00 uur zijn afgewezen, hebben nog een keer de mogelijkheid om via tussentijds contracteren opnieuw in te schrijven voor een overeenkomst voor 2025.

PGB wooninitiatieven

Uitzondering op het (tussentijdse)contracteringsproces betreft de categorie wooninitiatieven die op basis van pgb worden gefinancierd. Voor pgb wooninitiatieven geldt dat zij gedurende heel 2025 in aanmerking kunnen komen voor een ZIN contract. Zij zijn daarmee niet gehouden aan de deadlines voor voor het indienen van offerteaanvragen. Om in aanmerking te komen voor een ZIN overeenkomst, vraagt het pgb wooninitiatief een gesprek aan met het zorgkantoor. Het verzoek tot overleg wordt stuurt het wooninitiatief naar contractering.wlz@dsw.nl.

8.3 Beoordeling offerte

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

De aanvragen en de bijbehorende documenten worden beoordeeld op de geschiktheidseisen, uitsluitingsgronden en aanvullende voorwaarden. Wanneer zorgaanbieders niet voldoen aan de geschiktheidseisen of wanneer een van de uitsluitingsgronden op hen van toepassing is, worden zij uitgesloten van de contracteerprocedure. Bij afwijzing neemt het zorgkantoor nieuwe offertes van deze

zorgaanbieders met betrekking tot de overeenkomst 2025 niet meer in behandeling. Het zorgkantoor kan verlangen dat de aanvrager zijn offerteaanvraag nader toelicht en/of voorziet van onderbouwende documenten.

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

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

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

8.4 Uitkomsten beoordeling offerte

In onderstaande tabel staat welke uitkomsten er mogelijk zijn na het beoordelen van de offertes 2024.

| De zorgaanbieder voldoet: | Overeenkomst | Productieafspraken op: |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Niet aan de minimale eisen | Nee | N.v.t. |
| Wel aan alle eisen | Ja, een- of meerjarige overeenkomst | 15 november 2024 |

Tabel 3: Uitkomstmogelijkheden beoordeling offertes 2025.

8.5 Wijziging in organisatiestructuur

Bij wijzigingen in de organisatiestructuur die invloed hebben op de AGB-codes dient dit door de zorgaanbieder, het liefst vooraf, doorgegeven te worden aan het zorgkantoor. Het is van belang dat het zorgkantoor op de hoogte is van alle ontwikkelingen, maar met name om veilig te stellen dat het administratieve proces goed verloopt.

8.6 Voorbehouden

Na publicatie van dit document is het mogelijk dat beleidswijzigingen worden aangekondigd, welke effect hebben op dit contracteerbeleid. Zorgkantoor DSW neemt daarom de volgende voorbehouden op:

- Het zorgkantoor is altijd gerechtigd de contracteerprocedure en het -beleid aan te passen en/of te stoppen dan wel de opdracht(en) niet te gunnen, indien bijvoorbeeld:
- Onvoldoende financiële middelen beschikbaar zijn c.q. komen;

- Door wijziging van regelgeving of overheidsbeleid de inhoud van de contracteerprocedure dient te worden aangepast;
- Een tegen zorgkantoor DSW uitgesproken vonnis hem daartoe noopt.
- Voor situaties die tijdens de publicatie van dit document niet bekend en/of voorzien waren, is het zorgkantoor gerechtigd de benodigde besluiten te nemen en/of maatregelen te treffen;
- Indien het zorgkantoor besluit de contracteerprocedure te wijzigen en/of te stoppen is het op geen enkele wijze gehouden tot (schade)vergoeding jegens inschrijvers.

Eventuele aanpassingen of wijzigingen na publicatie van het contracteerbeleid worden via de website van het zorgkantoor (www.zorgkantoordsw.nl) bekend gemaakt.

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

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

8.7 Geschillen

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

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

Bijlage I – In te dienen documenten

In deze bijlage is met een X aangegeven welke documenten moeten worden aangeleverd bij de offerteaanvraag 2025.

| In te dienen documenten | Toelichting op in te dienen documenten | Meesturen bij de inschrijving | | |
|---|---|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| | | 1 Bestaande zorgaanbieders 2024 | 2 Zorgaanbieders nieuw in de regio | 3. Geheel nieuwe zorgaanbieders |
| Bestuursverklaring inclusief bijlagen | De zorgaanbieder dient de volledig ingevulde bestuursverklaring aan te leveren bij de offerteaanvraag 2025. | X | X | X |
| Werkzaam in de regio WSD | Bij het indienen van de offerte toont de aanvrager aan dat er in de maanden april, mei en juni 2024 in de regio WSD gemiddeld aan minimaal 10 cliënten zorg is verleend. | | | X |
| Ondernemingsplan: alle onderdelen zijn benodigd | De invulling van het ondernemingsplan is beschreven in Bijlage II. | | | X |
| Ondernemingsplan: Onderdelen 4 en 5 | De invulling van het ondernemingsplan is beschreven in Bijlage II. | | X | |
| Inschrijving Kamer van Koophandel (KvK) | <ul style="list-style-type: none"> - Het afschrift van de inschrijving van de Kamer van Koophandel RP is op het moment van indienen van de overeenkomst niet ouder dan 6 maanden. - Het afschrift bevat de namen van de leden van de Raad van Toezicht. Deze gegevens dienen op grond van het Handelsregisterbesluit ook opgenomen te zijn in het handelsregister. - De organisatievorm (juridische entiteit) die een offerteaanvraag indient voor een Wlz-overeenkomst 2025 dient hetzelfde te zijn als vermeld op het afschrift van de KvK. - Bevoegdheid van ondertekenaar moet blijken uit het afschrift of er moet een volmacht zijn (die eveneens verstrekt moet worden). Als de tekenbevoegdheid van de ondertekenaar niet direct blijkt uit het afschrift van de inschrijving in het Handelsregister van de organisatievorm die een offerteaanvraag indient voor de Wlz-overeenkomst 2025, dan dienen van al die achterliggende rechtsvormen de afschriften van de inschrijving in het Handelsregister te worden meegestuurd met de offerteaanvraag 2024 die nodig zijn om de tekenbevoegdheid van de ondertekenaar aan te tonen. | | | X |
| Inschrijving UBO('s) UBO-register | <ul style="list-style-type: none"> - Afschrift van inschrijving UBO('s) in UBO-register dat beheerd wordt door de KvK. - Afschrift is niet ouder dan 6 maanden op het moment van inschrijving. - De organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als vermeld op het afschrift. | | | X |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden: <ul style="list-style-type: none"> o De bevestiging van de UBO-registratie die de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder van het UBO-register ontvangen heeft. Daarin moeten de gegevens van de UBO('s) de UBO-gegevens staan; én o Én een printscreen van de gegevens van de UBO('s) de UBO-gegevens van de organisatie van de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder. Zie de volgende webpagina van de Kamer van Koophandel (UBO-gegevens inzien KVK (https://www.kvk.nl/ubo/inzien-gegevens/)). Op de printscreen moet de datum zichtbaar zijn die onderaan het beeldscherm wordt weergegeven. De printscreen is niet ouder dan 6 maanden op het moment van inschrijving. | | | |
| WTZa-toelating | <ul style="list-style-type: none"> - Een bewijs dat uw organisatie voldoet aan de WTZa. Dat wil zeggen dat uw organisatie ofwel heeft voldaan aan de meldplicht ofwel dat uw organisatie in het bezit is van de vergunning tbv de WTZa. - De organisatievorm (juridische entiteit) die zich inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient hetzelfde te zijn als op de WTZa van toepassing is. - De inhoud van de toelating moet overeenstemmen met de inhoud van het ondernemingsplan. | | | X |
| Verklaring Omtrent het Gedrag voor rechtspersonen (VOG RP) | <ul style="list-style-type: none"> - Een VOG RP is op het moment van indienen van de overeenkomst niet ouder dan één jaar. - Een Gedragsverklaring Aanbesteding (GVA) volstaat niet. - Een Verklaring Omtrent het Gedrag voor Natuurlijke Personen volstaat niet. | | | X |
| Statuten van de inschrijvende zorgaanbieder | <ul style="list-style-type: none"> - Actuele statuten van de te contracteren partij. - In de statuten is de Governancecode Zorg geborgd, waaronder de informatie over het toezichthoudend orgaan. | | | X |
| Verzekering voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid | <ul style="list-style-type: none"> - Een afschrift van het polisblad waarmee wordt aangetoond dat de aanvrager adequaat verzekerd is voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis). - De verzekering is geldig gedurende de gehele looptijd van de Wlz-overeenkomst. - De organisatievorm (juridische entiteit) die zich inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient hetzelfde te zijn als op het polisblad. | | | X |
| AGB-code | Bij het indienen van de offerte beschikt de aanvrager over een regionale AGB-code voor de regio WSD. | | | X |

| In te dienen documenten | Toelichting op in te dienen documenten | Meesturen bij de inschrijving | | |
|---|---|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| | | 1 Bestaande zorgaanbieders 2024 | 2 Zorgaanbieders nieuw in de regio | 3. Geheel nieuwe zorgaanbieders |
| Vragenlijst IGJ voor nieuwe zorgaanbieders | Iedere nieuwe zorgaanbieder moet deze vragenlijst invullen en het bewijs van invulling indienen bij de inschrijving https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/melden | | X | X |
| Kwaliteitskader van de sector/werkend landelijk erkend kwaliteitssysteem met externe toetsing | De aanvrager toont aan dat hij voldoet aan het kwaliteitskader van de sector danwel werkt met een kwaliteitssysteem. Over het eerste jaar moet verplicht een kwaliteitsverslag/visiteverslag worden aangeleverd bij het zorgkantoor. | | | X |
| Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenraad | De nieuwe zorgaanbieder dient ten laatste 6 maanden na ingangsdatum van de overeenkomst aantoonbaar conform de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) (een) cliëntenra(a)d(en) (aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenra(a)d(en)) te hebben ingesteld en op een eerder moment wanneer dat op grond van de Wmcz is vereist. Indien de zorgaanbieder op grond van de Wmcz niet verplicht is (een) cliëntenra(a)d(en) in te stellen, dient de zorgaanbieder 6 maanden na ingangsdatum van de overeenkomst aan te kunnen tonen dat op andere wijze invulling wordt gegeven aan de medezeggenschap van cliënten. | | | X |
| Voldoen aan vigerende Governancecode Zorg | Statutaire borging dan wel borging in de relevante reglementen zoals bepaald en uitgewerkt in de Governancecode Zorg, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> - Informatie over het toezichthoudend orgaan; benoeming, samenstelling, schorsing, ontslag etc.; - Belangenverstrengeling; - Medezeggenschap, invloed en advies; - Verantwoording Raad van Bestuur; - Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur; - Cliëntenraad; - Naleving Code. | | | X |
| Gedegen bedrijfsadministratie | De aanvrager beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens waaronder: <ul style="list-style-type: none"> - declaraties (AW 319) volgens afspraken vastgelegd in het uniform declaratieprotocol Wlz aan het zorgkantoor; - relevante berichten in iWlz aan het zorgkantoor conform standaarden die door het Zorginstituut Nederland zijn vastgesteld; - gegevens voor de oplegging van de eigen bijdrage door het Centraal Administratie Kantoor | | | X |
| Privacybeleid | - Het privacybeleid staat gepubliceerd op de website van de aanvrager met een werkende link. | | | X |

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

Bijlage II – Toelichting ondernemingsplan

Het zorgkantoor verlangt van zorgaanbieders een ondernemingsplan dat ten tijde van de indiening van de offerte niet ouder is dan 12 maanden. Ook moet het gericht zijn op een onderneming die ZIN biedt waarop uit hoofde van de Wlz een aanspraak bestaat. Het ondernemingsplan dient daarnaast betrekking te hebben op zorgverlening aan cliënten woonachtig in de regio WSD alsmede in de sector waarvoor wordt ingeschreven. In het ondernemingsplan dient de zorgaanbieder derhalve duidelijk aan te geven tot welk type zorgaanbieder zijn organisatie behoort met vermelding van de zorgverleners en het daarbijbehorende deskundigheidsniveau.

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

1. Organisatie-inrichting

Van zorgaanbieders wordt verlangd dat zij in het ondernemingsplan beschrijven:

- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling Raad van Bestuur of directie;
- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling van onafhankelijk, statutair geborgd toezichthoudend orgaan (bijvoorbeeld Raad van Toezicht of Commissarissen);
- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling onafhankelijke klachtencommissie en cliëntenraad;
- Implementatie van de Governancecode Zorg;
- Toelichting op een eventuele holding- of concernconstructie;
- Een organogram van de juridische structuur van de zorgaanbieder.

2. Missie en strategie

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

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

3. Omgevingsanalyse

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

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

4. Het bedrijfsplan

Dit onderdeel bevat:

- De doelgroep waaraan zorg wordt geleverd;
- De zorgprestaties die worden geleverd;
- De locatie waar de zorg wordt geleverd;
- De leemte in het huidige zorgaanbod in de regio waarvoor de zorgaanbieder een adequaat aanbod biedt;
- De wijze waarop het geoffreerde aanbod zich onderscheidt van andere zorgaanbieders;
- De borging dat de zorg wordt geleverd door voldoende personeel met de benodigde kwalificaties. Een overzicht van het personeelsaantal en deskundigheidsniveau in relatie tot de doelgroep is vereist;
- Hoe de zorgaanbieder gaat zorgen voor een snelle en juiste administratieve afhandeling conform Wlz-eisen voor ZIN;
- Inzicht in aantallen bestaande cliënten en/of cliënten op de wachtlijst, gespecificeerd naar domein (Wmo/Zvw/Wlz).

5. Financieel plan

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

Het zorgkantoor betreft eveneens de jaarrekeningen van de voorafgaande jaren (2022 en 2023) bij de beoordeling van de financiële positie van de zorgaanbieder, en levert deze aan. Ook de jaarrekeningen 2022 en 2023 van een eventuele moedermaatschappij levert de zorgaanbieder bij dit plan aan. Daarnaast bevat het financieel plan een realistische begroting voor 2024 en 2025.