

# Zorginkoopbeleid GGz

## Wet langdurige zorg 2027 – 2029

## Regio Midden IJssel

Salland Zorgkantoor

Datum 1 juni 2026

# Inhoud

<b>Voorwoord</b> .....	4
<b>1. Inleiding</b> .....	6
1.1. Zorginkoopbeleid langdurige zorg voor 2027 tot en met 2029 .....	6
1.2. Regio Midden-IJssel .....	7
1.3. Samenhang met de landelijke visie van zorgkantoren op langdurige zorg .....	8
1.4. Wijzigingen ten opzichte van 2024-2026 .....	9
<b>2. Onze visie op zorg in Midden-IJssel</b> .....	10
2.1. Missie en visie van Salland Zorgkantoor .....	10
2.2. Draagvlak voor transitie in de langdurige zorg .....	11
2.3. Samenwerken in de regio .....	11
2.4. Het cliëntperspectief vinden wij belangrijk .....	12
<b>3. Onze inzet voor de sector GGz in Midden-IJssel</b> .....	14
3.1. Op weg naar een toekomstbestendig zorglandschap .....	14
3.2. Speerpunten van beleid .....	15
3.3. Versterken van de regionale zorgondersteunende infrastructuur .....	15
3.4. Stimuleren nieuwe vormen van wonen en zorg .....	17
3.5. Zorgvernieuwing/innovatie .....	17
3.6. Digitale gegevensuitwisseling en infrastructuur .....	19
3.7. Kwaliteit/passende zorg .....	19
3.8. Samenwerking bij complexe zorg en crisiszorg .....	20
3.9. Andere thema's .....	20
<b>4. Zo maken we afspraken over tarieven en volume</b> .....	23
4.1. Uitgangspunt voor onze tariefsystematiek .....	23
4.2. Vaststelling van de vertrektarieven van zorgaanbieders .....	23
4.3. Regionale differentiatie .....	25
4.4. Hardheidsclausule .....	27
4.5. Totstandkoming van volumeafspraken .....	28
4.6. Herschikking 2027 .....	28
4.7. Overige financiële middelen .....	29
<b>5. Transitiebudget (regiobudget)</b> .....	30
5.1. Transitiebudget .....	30
5.2. Van belang om te weten bij het indienen van plannen .....	30
5.3. Praktische zaken voor het indienen van plannen .....	31
5.4. Afspraken worden vastgelegd in een addendum bij de overeenkomst .....	31
5.5. Monitoring en verantwoording .....	31
<b>6. Een overeenkomst met Salland Zorgkantoor</b> .....	32
6.1. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz .....	32
6.2. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders? .....	32

6.3. Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst .....	33
<b>7. Dit is de procedure van inschrijving bij Salland Zorgkantoor .....</b>	<b>35</b>
7.1. Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering .....	35
7.2. Hoe beoordelen wij uw inschrijving .....	36
7.3. Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027 .....	39
7.4. Indienen productieafspraken .....	40
<b>8. Deze juridische kaders zijn van toepassing .....</b>	<b>41</b>
8.1. Geldigheidsduur van dit inkoopkader .....	41
8.2. Vragen en/of bezwaren .....	41
8.3. De zorgkantoren kunnen de procedure wijzigen .....	43
8.4. Algemeen voorbehoud bij dit zorginkoopbeleid .....	43
<b>Bijlagen en afkortingen .....</b>	<b>44</b>

# Voorwoord

Voor u ligt het zorginkoopbeleid Wet langdurige zorg 2027 tot en met 2029 van Salland Zorgkantoor voor de sector GGz. Het inkoopkader geldt voor de regio Midden-IJssel waarvoor Salland Zorgkantoor namens alle Wlz-uitvoerders zorgdraagt voor uitvoering van de Wet langdurige zorg (Wlz).

*Met dit meerjarig zorginkoopbeleid Wlz geven wij als Salland Zorgkantoor duidelijk richting aan de beweging naar passende langdurige zorg, met meer nadruk op zelfredzaamheid, zorg thuis en inzet van digitale ondersteuning in Midden-IJssel. Voor ons is regionale samenwerking de basis voor toekomstbestendige langdurige zorg en wij verwachten dat alle partijen hierin gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen. In onze contractering sturen wij op bijdragen aan de transitieopgaven, waaronder innovatie, passende zorg en een doelmatige inzet van capaciteit met oog voor de betaalbaarheid voor nu en de toekomst.*

*Paul Offringa, directeur Zorg*

De langdurige zorg moet toekomstbestendig blijven. Door ontwikkelingen in de zorgvraag en de arbeidsmarkt zijn veranderingen nodig om ook in de toekomst passende langdurige zorg te kunnen blijven bieden aan cliënten die dat nodig hebben. Gegeven onze zorgplicht is het onze verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg in de regio te borgen. Dat vraagt om oplossingen zowel binnen als buiten de langdurige zorg die wij alleen samen met zorgaanbieders, gemeenten en andere partners kunnen realiseren.

We zien dat alle betrokken organisaties zich al inzetten om deze veranderingen vorm te geven. Tegelijk vinden wij dat er extra stappen gezet moeten worden. In dit zorginkoopbeleid lichten wij toe welke uitgangspunten wij hanteren voor de zorgcontractering. Deze uitgangspunten zijn ingegeven door de (transitie)opgave voor de regio Midden-IJssel, het wettelijk kader Wlz, de landelijke zorgakkoorden, onze visie op zorg en de regionale opgaven vanuit regioanalyse. Daarnaast hebben we in de aanloop naar de formulering van dit zorginkoopbeleid consultaties gehouden met zorgaanbieders en cliëntenvertegenwoordigers in onze regio waarvan de opbrengsten in dit beleid zijn verwerkt.



### Leeswijzer

Na de inleiding in hoofdstuk 1. beschrijven wij in hoofdstuk 2. onze visie en missie.

In hoofdstuk 3. beschrijven wij de visie en inkoopdoelen voor uw sector.

In hoofdstuk 4. is de tariefssystematiek nader uitgewerkt.

In hoofdstuk 5 is ons beleid regionale transitie-middelen toegelicht.

In de hoofdstukken 6. en 7. beschrijven wij achtereenvolgens de overeenkomst en procedure van inschrijving.

Tot slot treft u in hoofdstuk 8. de juridische kaders aan die van toepassing zijn, gevolgd door de bijlagen en een lijst met veelgebruikte afkortingen.

# 1. Inleiding

Salland Zorgkantoor zet zich in voor passende, toegankelijke en betaalbare langdurige zorg voor alle cliënten in de regio. Door uitdagingen zoals toenemende complexiteit van zorgvragen, een krappe arbeidsmarkt en beperkte middelen staat dit onder druk. In de afgelopen periode zijn er belangrijke stappen gezet richting toekomstbestendige zorg, maar we zijn er nog niet. Om dit te realiseren is er meer nodig: het maken van weloverwogen keuzes, het aanbrengen van focus en regionale samenwerking. Alleen door gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen en samen op te trekken met zorgorganisaties, cliënten(vertegenwoordigers), mantelzorgers en andere maatschappelijke partners zoals gemeenten kunnen we ervoor zorgen dat de zorg in Salland vandaag én in de toekomst goed georganiseerd blijft.

U vindt hier het regionaal zorginkoopbeleid Wet langdurige zorg (Wlz) voor 2027-2029 van Salland Zorgkantoor. Met de publicatie van dit meerjarige zorginkoopbeleid informeren wij u over de uitgangspunten die Salland Zorgkantoor hanteert voor het zorginkoopbeleid Wlz in de regio Midden-IJssel.

## 1.1. Zorginkoopbeleid langdurige zorg voor 2027 tot en met 2029

De toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van de langdurige zorg staan onder druk. De vraag naar zorg neemt toe, meer cliënten hebben een complexe zorgvraag, personeelstekorten worden steeds zichtbaarder en de kosten blijven stijgen. Tegelijkertijd groeit de maatschappelijke verwachting dat mensen zo lang mogelijk thuis (kunnen) wonen of in een huiselijke setting verblijven. Dat vraagt om een andere organisatie en inrichting van de langdurige zorg. Deze opgave is niet nieuw. De afgelopen periode zijn er stappen gezet op thema's als langer thuis, anders werken in de zorg en aandacht voor cliënten met een complexe zorgbehoefte. De beweging die hiermee op gang is gekomen dient de komende jaren een vervolg te krijgen om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg ook voor de langere termijn te borgen.

Het uitgangspunt waarlangs deze transitiebeweging op gang is gekomen is:

- Zelf als het kan;
- Thuis als het kan;
- Digitaal als het kan;
- Arbeidsbesparend als het kan;
- Passende zorg voor kwetsbare groepen.

Dit uitgangspunt vormt de kern van de transitie in de langdurige zorg en is verankerd in visies, landelijke zorgakkoorden zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO), en het daarop gebaseerde beleid. Met dit zorginkoopbeleid sluiten wij hierop aan en meer specifiek op de ontwikkelingen en opgaven in de regio Midden-IJssel. Daarbij houden wij rekening met het regionale zorglandschap en de uitkomsten van consultaties met zorgaanbieders en cliëntenraden. Tegelijk vertalen wij de landelijke akkoorden en programma's naar de regionale context.

In dit regionale zorginkoopbeleid 2027–2029 staat deze transitie centraal. De actuele ontwikkelingen vragen daarbij om verdere versnelling, verdieping en aanscherping. Met dit beleid geven wij richting aan de wijze waarop wij deze opgave in de regio Midden-IJssel de komende jaren invullen.

Wij onderkennen dat deze transitie een meerjarig perspectief vereist. Daarom geldt dit zorginkoopbeleid voor de periode 2027 tot en met 2029, met de mogelijkheid van tweemaal verlenging met één jaar. Besluitvorming over verlenging vindt plaats bij de publicatie van het zorginkoopbeleid voor respectievelijk 2030 en 2031. Jaarlijkse aanvullingen beperken zich in beginsel tot noodzakelijke wijzigingen als gevolg van nieuwe of gewijzigde wet- en regelgeving, relevante beleidsontwikkelingen en actualisaties van onderdelen die uitsluitend betrekking hebben op 2027. In die gevallen wordt het betreffende jaartal expliciet vermeld.

Dit zorginkoopbeleid beschrijft naast onze visie ook de uitgangspunten voor het tarief- en volumebeleid, de voorwaarden voor een Wlz-overeenkomst en de inkoopprocedure voor 2027.

## 1.2. Regio Midden-IJssel

Het zorgaanbod in de regio Midden-IJssel is divers en gespreid (en soms zelfs versnipperd) over de regio aanwezig. Een aantal zorgaanbieders in onze regio vervult een bovenregionale functie, voor meer specialistische vormen van zorg zijn in aanpalende regio's mogelijkheden beschikbaar. Wij stellen vast dat alle Wlz-zorgaanbieders op een eigen manier een bijdrage leveren aan het diverse zorgpalet in onze regio. Wel willen we de komende jaren in gesprek met de regio over een betere aansluiting van het zorgaanbod op de toekomstige zorgvraag: meer thuis waar dat kan, en intramurale zorg voor mensen met een complexe zorgbehoefte.

Van de gemeenten in de regio Midden-IJssel kent alleen Deventer een relatief groot aantal inwoners met een migratieachtergrond. Met betrekking tot zorg voor deze inwoners leert de ervaring dat het huidige zorgaanbod door hen als voldoende passend wordt ervaren. Ook voor andere specifieke doelgroepen binnen de Wlz, waaronder Korsakov, jong dementerenden, (Sterk Gedragsgestoorde) Licht Verstandelijk Gehandicapten (SG)LVG, Zintuiglijk Gehandicapten, de Laag Volume Hoog Complex (LVHC) doelgroepen en mensen met een verslaving, monitoren wij voortdurend in welke mate voor deze zorgvragers het zorgaanbod passend en in voldoende mate aanwezig is in of buiten onze regio.

Ten behoeve van dit beleid hebben wij onze regioanalyse gepubliceerd. Hierin leest u meer over de ontwikkelingen in Midden-IJssel: <https://www.sallandzorgkantoor.nl/Regioanalyse>. Deze regioanalyse schetst het beeld en geeft ons actuele inzichten in de huidige en toekomstige zorgvraagontwikkelingen binnen de Wlz in onze regio Midden-IJssel. De inzichten zijn geactualiseerd met gegevens over 2025. Onze analyses bevestigen de trends die wij al eerder hebben geconstateerd. Deze ontwikkelingen zorgen er ook voor dat wij ervan overtuigd zijn dat de ingezette transitie in de langdurige zorg moet worden voortgezet om deze toekomstbestendig te maken.

We zetten daarom verder in op:

- “Thuis, tenzij”. We blijven inzetten op extramuralisering van zorg waar dit kan en passend is met het oog op de wensen van de cliënt, het opvangen van de verwachte toename van de zorgvraag én om de beperkte intramurale capaciteit beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren;
- Passende zorg, dus oog voor de keuze van cliënten voor een bepaalde leveringsvorm (ZIN/PGB), verdieping van de inzichten rondom zorgvraag en –aanbod (inclusief doelgroepen en wachtlijsten) en gezamenlijk in de regio bespreken hoe om te gaan met de toenemende zorgzwaarte en complexe zorgvragen;
- Zorgdragen voor de juiste randvoorwaarden in de regio voor extramurale zorg zoals bijvoorbeeld voldoende zorggeschikte woningen, mogelijkheden voor logeer- en risisopvang, informele zorg en afspraken over Medisch Generalistische Zorg (MGZ);

- Sturen op de beweging waarbij vooral bewezen effectieve innovaties binnen de zorg worden opgeschaald en geïmplementeerd. Dit past niet alleen in de maatschappelijke ontwikkeling maar kan sterk bijdragen aan de zelfredzaamheid van cliënten en arbeidsbesparende inzet van personeel. Dit laatste is belangrijk met het oog op de toenemende personele krapte.

Wij realiseren ons dat deze transitie moet samenhangen met een zorgbrede transitie, die dus verder reikt dan alleen de langdurige zorg. De toekomstige verwachtingen rond zorg, zelfregie en zelfredzaamheid, passende zorg (mede door juiste zorg op de juiste plek), verduurzaming en innovatie zijn thema's die ook andere zorgdomeinen (en eigenlijk onze maatschappij als geheel) raken. Wij zetten ons in om deze transitie in samenhang en in samenspraak met de verzekeraar en andere stakeholders in onze regio te bevorderen, waaronder ook de gemeenten, omdat wij elkaar nodig hebben in het realiseren van een zorgondersteunende infrastructuur.

### 1.3. Samenhang met de landelijke visie van zorgkantoren op langdurige zorg

Evenals in voorgaande jaren gaat het regionaal zorginkoopbeleid vergezeld van een (gezamenlijke) landelijke visie van de zorgkantoren op langdurige zorg. In deze visie (bijlage 1), die gelijktijdig met dit zorginkoopbeleid wordt gepubliceerd, alsook in het Beleidskader (bijlage 2) zijn thema's opgenomen met een nadere toelichting op uitgangspunten en voorwaarden die alle zorgkantoren op gelijkgerichte wijze hanteren.

Daarnaast hebben de zorgkantoren enkele (gelijkgerichte) afspraken gemaakt over onderwerpen die het proces van de contractering van Wlz-zorg ondersteunen en daarmee de administratieve last beperken. Deze onderwerpen zijn integraal in ons zorginkoopbeleid verwerkt:

- Het contracteerproces: de looptijd (geldigheidstermijn) van de regionale zorginkoopbeleid en het tijdschema van contractering, inclusief de termijnen voor de Nota van Inlichtingen en bezwaar en beroep;
- Beleidskader Wlz met aanvullende inkoopvoorwaarden en de gezamenlijke (bovenregionale) inkoop van zorg voor specifieke doelgroepen: de aanvullende voorwaarden die zorgkantoren hanteren op de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en overige regelgeving. Deze aanvullende voorwaarden maken onderdeel uit van het Beleidskader (bijlage 2). Daarnaast is hierin opgenomen de zorginkoop van onder meer de LVHC-doelgroepen;
- Standaard Wlz-overeenkomst: deze bevat uniforme landelijke bepalingen voor de Wlz-overeenkomst die de zorgkantoren sluiten met zorgaanbieders. Uiteraard kunnen er daarnaast, net als nu, specifieke regio- of zorgaanbieder-gebonden bepalingen aan de overeenkomst worden toegevoegd;
- Bestuursverklaring (en vanaf 2028 ook een Instemmingsverklaring);
- Toetredingseisen voor nieuwe zorgaanbieders voor de Wlz: identieke beoordelingscriteria van zorgkantoren voor nieuwe zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst;
- De tariefonderbouwing: de gezamenlijke onderbouwing van het vertrektariefpercentage per sector/cluster dat als vertrekpunt dient voor de regionaal uitgewerkte tariefsystematiek (bijlage 7);
- Voorschrift Zorgtoewijzing (bijlage 6) en declaratieprotocol Wlz (bijlage 5): hierin zijn uniforme richtlijnen vastgelegd voor de toewijzing van zorg in de regio respectievelijk het declaratieverkeer.

## 1.4. Wijzigingen ten opzichte van 2024-2026

Het zorginkoopbeleid dat voor u ligt kent een aantal wijzigingen ten opzichte van het beleid van 2024-2026. Hieronder geven wij de meest belangrijke wijzigingen aan.

### Belangrijkste wijzigingen

- Om de transitie in de regio te versterken en versnellen hebben we de speerpunten van regionaal beleid geactualiseerd en aangescherpt (zie hoofdstuk 3)
- De (landelijke) visie van zorgkantoren op de langdurige zorg is geactualiseerd en in lijn gebracht met de landelijke akkoorden en programma's zoals IZA/AZWA en HLO (zie bijlage 1);
- Dit zorginkoopbeleid gaat vergezeld van een beleidskader (bijlage 2) dat door alle zorgkantoren op gelijkgerichte wijze wordt gehanteerd. In dit geactualiseerde beleidskader zijn uitgangpunten en inkoopvoorwaarden opgenomen die voorheen ten dele in een "bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden" waren opgenomen (zie bijlage 2);
- In het tariefmodel zijn een aantal verfijningen doorgevoerd (zie paragraaf 4.2 en bijlage 7):
  - o Binnen de (drie) Wlz-sectoren is er nu sprake van clusters van zorgaanbieders waarvoor een vertrektariepercentages wordt bepaald. Dit resulteert in een zevental clusters;
  - o De ontstane overlap bij de berekening van het vertrektariepercentages door het meenemen van financieringsbaten en -lasten is in het model gecorrigeerd;
- De regionale tariefdifferentiatie, ergo de mogelijke op- en afslagen, is aangepast. Er wordt jaarlijks bepaald of en zo ja, welke op- en afslagen kunnen worden toegepast en mogelijke opslagen houden direct verband met het oplossen van aantoonbare knelpunten in de regio (zie paragraaf 4.3);
- Het geld-volgt-klant model met open einde financiering wordt losgelaten en wij maken aan het begin van het jaar productieafspraken met alle zorgaanbieders (zie paragraaf 4.5);
- Wij stellen transitie-middelen beschikbaar, waarbij de middelen voor de sector V&V zijn verbonden aan de landelijke afspraken in het HLO. Voor de sectoren Gz en GGz oormerken wij zelf middelen binnen de eigen contracteerruimte voor dit doel (zie hoofdstuk 5);
- Er is geen gelegenheid meer voor tussentijdse inschrijvingen en de beoordeling van nieuwe zorgaanbieders is aangescherpt in relatie tot onze zorgplicht en meerwaarde voor het zorgaanbod in de regio (zie paragraaf 7.3);
- De procedure en mogelijkheden voor bezwaar en kort geding zijn aangepast naar de uniforme werkwijze van alle zorgkantoren (zie paragraaf 8.2).

## 2. Onze visie op zorg in Midden-IJssel

Salland Zorgkantoor is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz in de gemeenten Deventer, Olst-Wijhe, Raalte en Voorst, ofwel Midden-IJssel. Het zorgkantoor is er voor iedereen met een Wlz-zorgvraag uit deze regio, ongeacht bij welke zorgverzekeraar iemand verzekerd is.

Onze zorgplicht geven wij vorm en inhoud door onder andere zorginkoop- en contractering, cliëntondersteuning, zorgtoewijzing, zorgadvisering en -bemiddeling, regionaal wachtlijstbeheer en het verstrekken van persoonsgebonden budgetten (pgb's). Bij de inkoop van langdurige zorg in Midden-IJssel handelen wij vanuit onze missie en visie. Dit lichten wij in dit hoofdstuk verder toe.

### 2.1. Missie en visie van Salland Zorgkantoor

Salland Zorgkantoor wil dat iedereen in de regio Midden IJssel die langdurige zorg nodig heeft, daarop nu en in de toekomst kan rekenen. Door toenemende en complexere zorgvragen, personeelstekorten, stijgende kosten en druk op onder meer mantelzorgers en passende huisvesting staat de zorgplicht onder druk. Daarom is een transitie in de langdurige zorg in beweging gezet, met als richting “zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan, arbeidsbesparend als het kan, met passende zorg voor kwetsbare groepen”.

De transitie vraagt om ander handelingsperspectief van zorgkantoor, zorgaanbieders, gemeenten én cliënten. Daarbij doen wij een beroep op de veranderkracht van de regio. In ons zorginkoopbeleid leggen wij accenten die passen bij Midden-IJssel. Zorg en ondersteuning organiseren wij dichtbij de cliënt en in samenhang met het sociale netwerk, met het zorgkantoor als regionale regisseur. Verschillen in zorgvraag, zorgaanbod en context vragen om regionaal beleid en maatwerk. Daarom maken wij hierover afspraken met zorgaanbieders, werken wij domeinoverstijgend samen met gemeenten en maatschappelijke partners, en betrekken wij relevante partijen in onze regio bij het realiseren van gedragen oplossingen. Waar landelijke kaders richting geven aan ‘het waarom’ en ‘het wat’, geven wij regionaal invulling aan ‘het hoe’.

In ons meerjarenplan werken we deze koers uit langs zes pijlers: toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid, regionale organisatie van zorg, data- en informatievoorziening en organisatie & personeel. Onze ambitie is om meer en beter zicht te hebben op de huidige en toekomstige zorgvraag, knelpunten tijdig regionaal te signaleren en aan te pakken en waar nodig te adresseren richting NZa en VWS. Daarnaast zetten wij in op plaatsing van alle cliënten op de wachtlijst binnen de streefnorm. Om rust en stabiliteit te bevorderen hanteren we waar mogelijk meerjarencontracten met zorgaanbieders. Eventuele nieuwe toetreders beoordelen wij nadrukkelijk in het licht van hun bijdrage aan het oplossen van knelpunten in de zorgplicht waarvoor met de huidige aanbieders geen passend aanbod gerealiseerd kan worden.

## 2.2. Draagvlak voor transitie in de langdurige zorg

Voor een succesvolle transitie is breed draagvlak essentieel. Daarbij is van belang dat de zorgkantoren een gezamenlijke visie hanteren en dat deze transities worden ondersteund door (landelijke) visies, programma's en akkoorden, zoals het IZA/AZWA en HLO. Vanuit deze akkoorden zien we dat in toenemende mate wordt gevraagd om het denken in (boven)regionale oplossingen.

De afgelopen periode zijn wij samen met u een weg ingeslagen om de langdurige zorg toegankelijk te houden gezien de opgaven waar de regio voor staat. Daarbij lag de focus onder meer op de regionale arbeidsmarkt, innovatie en zorg langer thuis. Ook in de komende jaren blijft gezamenlijke inzet nodig van alle bij de Wlz in Midden-IJssel betrokken partijen en maatschappelijke partners. Daarbij vragen digitale gegevensuitwisseling en infrastructuur, extra aandacht zowel om de ingezette beweging te versterken als om te voldoen aan de afspraken uit het AZWA en HLO. Daarnaast zien we op termijn mogelijk een afnemende capaciteitsbehoefte in de V&V-sector en, op basis van de uitkomsten van de consultatiesessies, kansen om bestaande V&V-capaciteit in te zetten voor cliënten vanuit de GGz of Gz. Met dit zorginkoopbeleid willen wij vanuit onze rol en verantwoordelijkheid de randvoorwaarden scheppen om de noodzakelijke transitiebeweging in de regio te stimuleren en te faciliteren.

Naast een breed draagvlak is er vanzelfsprekend ook voldoende draagkracht nodig voor de transitie. Wij verwachten dat zorgaanbieders nog meer gezamenlijk op gaan trekken om (boven)regionale oplossingen ook gezamenlijk te implementeren. Wij gaan graag met u in gesprek hoe wij dit kunnen ondersteunen. Wij zijn er in elk geval van overtuigd dat naast een goede verstandhouding tussen zorgaanbieders en zorgkantoor een goede regionale samenwerking, waaronder met gemeenten en de partijen binnen Salland United hieraan bijdraagt. Uiteraard kan dit alles niet zonder inbreng en betrokkenheid van de cliënten en inwoners in de regio.

## 2.3. Samenwerken in de regio

In het besef dat alleen door goede samenwerking van alle bij de zorg betrokken partijen tot een toekomstbestendige langdurige zorg gekomen kan worden, werken veel zorgaanbieders en maatschappelijke partners, onder meer verenigd binnen Salland United met ons samen in de regio Midden-IJssel. Daarbij staan de thema's centraal die moeten zorgdragen voor het realiseren van een herkenbare toekomstbestendige langdurige zorg in de regio Midden-IJssel.

Waar het om een goede domeinoverstijgende samenwerking in de regio gaat trekken wij, als zorgkantoor en als regionale verzekeraar mede vanuit de afspraken in het IZA/AZWA en HLO, samen op met gemeenten, aanbieders in de eerste en tweede lijn en inwoners beleid beter op elkaar af te stemmen. Dit is een positieve ontwikkeling waarop wij verder bouwen. Dit is des te belangrijker omdat de beschikbaarheid van de zogenaamde 'zorgondersteunende infrastructuur' en digitale gegevensuitwisseling en infrastructuur in de regio cruciaal is het toekomstige zorglandschap. De organisatie en beschikbaarheid van onder meer informele zorg, welzijn, woon- en logeermogelijkheden zijn hiervoor namelijk randvoorwaardelijk. De organiserende principes van het model Wijkgenoot dat later in dit document wordt toegelicht biedt hiervoor een uitstekend gespreksmodel.

## 2.4. Het cliëntperspectief vinden wij belangrijk

Wij vinden het belangrijk om te weten wat cliënten vinden van de zorg en wat zij nodig hebben. In de eerste plaats is de ledenraad van Salland Zorgverzekeraar voor ons een belangrijk adviesorgaan. Daarnaast spreken wij met cliëntenraden over de (kwaliteit van de) zorg en hun betrokkenheid bij de sectorale kwaliteitskaders. In het kader van de kwaliteitsdialogen spreken wij met cliëntenraden in de regio over de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Ook ontvangen wij signaleringen vanuit Onafhankelijke Cliëntondersteuning (OCO) en werken wij (intern) samen en stemmen wij af tussen zorginkoop en zorgbemiddeling. Zo krijgen wij nog beter in beeld, op basis van klantsignalen, wat de behoefte en ervaringen van onze cliënten zijn.

Wij vinden het belangrijk dat de positie van de cliëntenraad binnen de zorgorganisaties goed is geborgd en dat zij binnen de instelling betrokken worden bij de strategie en het beleid zodat daarmee de cliëntinbreng verzekerd is. Naast kwaliteit van zorg zijn onder meer aandacht voor de arbeidsmarkt, de beschikbaarheid van zorg in de regio, de beschikbaarheid van voldoende woonvoorzieningen met zorg en de mogelijkheden voor zorg langer thuis belangrijke onderwerpen vanuit cliëntperspectief die ons bereiken.

In aanloop naar het opstellen van dit regionaal zorginkoopbeleid 2027-2029 hebben wij cliëntenorganisaties in de regio geconsulteerd. Deze geven aan de vraagstukken te herkennen en delen de zorgen over toegankelijkheid, het kunnen blijven bieden van passende zorg en kwaliteit van zorg. Cliëntenorganisaties geven verder aan onze beleidsrichting te onderschrijven en vragen daarbij nadrukkelijk aandacht voor de impact die het heeft op cliënten en hun naasten. .

Met het oog op de nabije toekomst vinden wij het ook belangrijk om met cliënten in gesprek te zijn over het mede vormgeven van het toekomstig zorglandschap. Immers het toenemend accent op zelfredzaamheid en inzet van informele netwerken, met inbegrip van het gebruikmaken van innovaties en technologie, is van invloed op de zorg die cliënten krijgen. Het is daarom belangrijk om cliënten mee te nemen in deze ontwikkelingen en daar het verwachtingspatroon op aan te sluiten. Dit onderwerp reikt wat ons betreft overigens verder dan voorliggend zorgzorginkoopbeleid en hoort op een brede maatschappelijke bespreekagenda te staan.

### Aanbevelingen vanuit consultatiesessies

Zoals hiervoor is aangegeven hebben wij ter voorbereiding van dit zorginkoopbeleid een aantal consultatiesessies gehouden met zowel cliëntenorganisaties als zorgaanbieders in onze regio. De belangrijkste conclusies en aanbevelingen die we, waar mogelijk, hebben betrokken bij de opstelling van dit zorginkoopbeleid waren:

- Er is bereidheid om sector overstijgend samen te werken om passende zorg te organiseren voor cliënten met een indicatie met meerdere grondslagen of een complexe zorgvraag;
- Versterk het netwerk rond cliënten, dus de informele zorg en het sociaal netwerk, en benut daarmee de mogelijkheden voor informele ondersteuning. Er zijn al veel goede voorbeelden. Heb daarbij oog voor de (over)belasting van mantelzorgers;
- Zet in op wijkgericht werken en samenhang in de keten. Organiseer de zorg in ondersteuning dicht bij de leefomgeving, met minder versnippering, en differentieer en organiseer dit per wijk. Houd er wel steeds oog voor dat er door de beweging naar meer zorg thuis geen schrijnende situaties ontstaan en mensen tussen wal en schip vallen;
- Zorg voor ontschotting binnen en tussen domeinen. Betrek de gemeenten en kom zo mogelijk tot een gezamenlijke visie op zorg en welzijn met de gemeenten in de regio. Gemeenten zijn immers cruciaal voor welzijn, het sociaal domein en de Wmo-inzet;

- Heb bijzondere aandacht voor de omgang met cliënten en situaties die meerdere domeinen en expertises raken. Complexiteit kan liggen bij de cliënt, context én organisatie. Complexe zorgvragen overstijgen vaak meerdere domeingrenzen. Er zijn positieve voorbeelden van samenwerking en het vraagt lef en eigenaarschap in het veld, een regierol van het zorgkantoor en nieuwe vormen in het zorgaanbod;
- Zet in op digitale innovatie, ICT en (data)veiligheid. Digitalisering geeft kansen maar er zijn duidelijke randvoorwaarden nodig. Schenk aandacht aan (data)veiligheid. Rondom innovatie is er behoefte aan samenwerking en een (gezamenlijke) regionale aanpak. ICT capaciteit is veel al een knelpunt bij kleine zorgaanbieders.

## 3. Onze inzet voor de sector GGz in Midden-IJssel

De Wlz omvat drie sectoren: V&V, Gz en GGz. Hoewel ze in grote lijnen hetzelfde basisrecht bieden, bestaan er aanzienlijke verschillen. Zo varieert de verblijfsduur van cliënten, zijn er diverse behoeften rondom daginvulling, verschilt de plaatsingsdynamiek, zijn er specifieke sectorale knelpunten en lopen verwachtingen over toekomstige zorgvraag uiteen. Dit vraagt een (deels) sectorale uitwerking van beleid.

In dit hoofdstuk schetsen wij voor de sector GGz hoe wij de noodzakelijke transitiebeweging voor de komende jaren voor ons zien. Aan deze ontwikkelrichting zijn onze inkoopdoelen voor de sector gekoppeld.

### 3.1. Op weg naar een toekomstbestendig zorglandschap

Het is onze verantwoordelijkheid om de cliënten die zijn aangewezen op langdurige zorg van zorg te voorzien. Het regiobeeld en de regioanalyse laten zien dat binnen Midden-IJssel een opgave heeft in het organiseren van een passend zorgaanbod, bij een krappe arbeidsmarkt en tegen betaalbare kosten.

Wij willen met u invulling geven aan de regionale langdurige zorg van de toekomst. Gegeven de ontwikkelingen is dat een complexe opgave die om meerdere oplossingen vraagt. Daarom gaan wij zowel op individueel als regionaal niveau hierover graag met u in gesprek en vragen wij u ook te reflecteren op uw rol in het toekomstig regionale zorglandschap. Het gaat daarbij onder meer om het blijvend bieden van passende zorg (hoge/lage zzp's, intramuraal en extramuraal), het bieden van zorg in een zo thuis als mogelijke setting, het vervullen van (boven)regionale zorgfuncties, de verankering in de lokale gemeenschap en verbinding met inwonersinitiatieven en samenwerking met informele zorg. Voor ons staat voorop dat alle huidige zorgaanbieders een eigen waardevolle positie innemen, hetzij lokaal of ook voor het (boven)regionale zorgaanbod als geheel, en dat samenwerking en regionale oplossingen essentieel zijn voor succes.

#### **Wat we zien**

Onze regioanalyse laat een (gestage) groei en verzwaring van de zorgvraag zien. Voor de lagere GGz-W indicatieprofielen zetten we voor zorg in op 'thuis als passend'. Binnen de GGz-sector kost het meer moeite om voor de cliënten met zwaardere GGz-W indicatieprofielen passende zorg te vinden.

Binnen de GGz zien we verder dat cliënten op het grensvlak van Wlz en Wmo onze aandacht vragen. En tenslotte is er behoefte vanuit de andere Wlz sectoren aan ondersteuning vanuit GGz bij cliënten met zorgvragen op basis van gecombineerde grondslagen. Hier zetten we verder op in met ons zorginkoopbeleid.

#### **Wat we willen**

We streven ernaar zorg in de langdurige ggz waar dat kan 'zo thuis mogelijk' te maken. Dit geldt voor elke cliënt met een ggz-W indicatie. Om dit te faciliteren, maakt een zorgaanbieder samen met een cliënt met een Wlz-indicatie – en zo mogelijk naasten – afspraken in het zorgplan welke ondersteuning en/of zorg nodig is, wie welke bijdrage levert en welke woonvorm bij deze afspraken passend is.

Om verzilvering van indicaties in een zo thuis als mogelijke situatie mogelijk te maken dienen de randvoorwaarden hiervoor op orde te zijn. Wij spannen ons in om samen met inwoners, gemeenten en de zorgpartners die randvoorwaarden verder op orde te brengen; bijvoorbeeld voorzieningen om naasten te ontlasten, de buurt mee te nemen, laagdrempelige inloop te realiseren et cetera. Op de verdere realisatie hiervan zetten wij de komende jaren in.

Voor een deel van de randvoorwaarden zijn wij ook afhankelijk van andere partners, zoals onder meer gemeenten voor de beschikbaarheid van woningen. Maar ook van zorgaanbieders en -verzekeraars, bijvoorbeeld voor de beschikbaarheid en organisatie van huisartsen- en crisiszorg en om doorstroming en/of (tijdelijke) intramurale zorg voor cliënten mogelijk te maken. Deze samenwerking met netwerkpartners in de regio is van belang om extramuraal aanbod in de regio duurzaam beschikbaar te maken voor cliënten in de ggz. Wij vragen zorgaanbieders om hun zorgaanbod hierop aan te passen.

Wij verwachten van Gz- en GGz-zorgaanbieders om gezamenlijk goede oplossingen te creëren voor 'complexe' cliënten met raakvlakken in de beide sectoren. Ook faciliteren wij een regionale woonvoorziening waar middelengebruik is toegestaan. Deze sectorale accenten maken dat de regionale tariefdifferentiatie per sector uiteen kan lopen.

### 3.2. Speerpunten van beleid

Onze visie sluit aan bij de beweging naar “zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan, arbeidsbesparend als het kan met passende zorg voor kwetsbare groepen”. Met dit zorginkoopbeleid bouwen wij voort op de ingezette koers en brengen wij versnelling aan. In dat kader hebben wij de volgende beleidsspeerpunten vastgesteld:

- Versterken van de regionale zorgondersteunende infrastructuur;
- Stimuleren van nieuwe vormen van wonen en zorg;
- Zorgvernieuwing/innovatie;
- Digitale gegevensuitwisseling en infrastructuur;
- Passende zorg/kwaliteit;
- Samenwerking bij complexe zorg en crisiszorg.

Deze speerpunten lichten we in de hierop volgende paragrafen verder toe.

“zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan en arbeidsbesparend als het kan met passende zorg voor kwetsbare groepen”

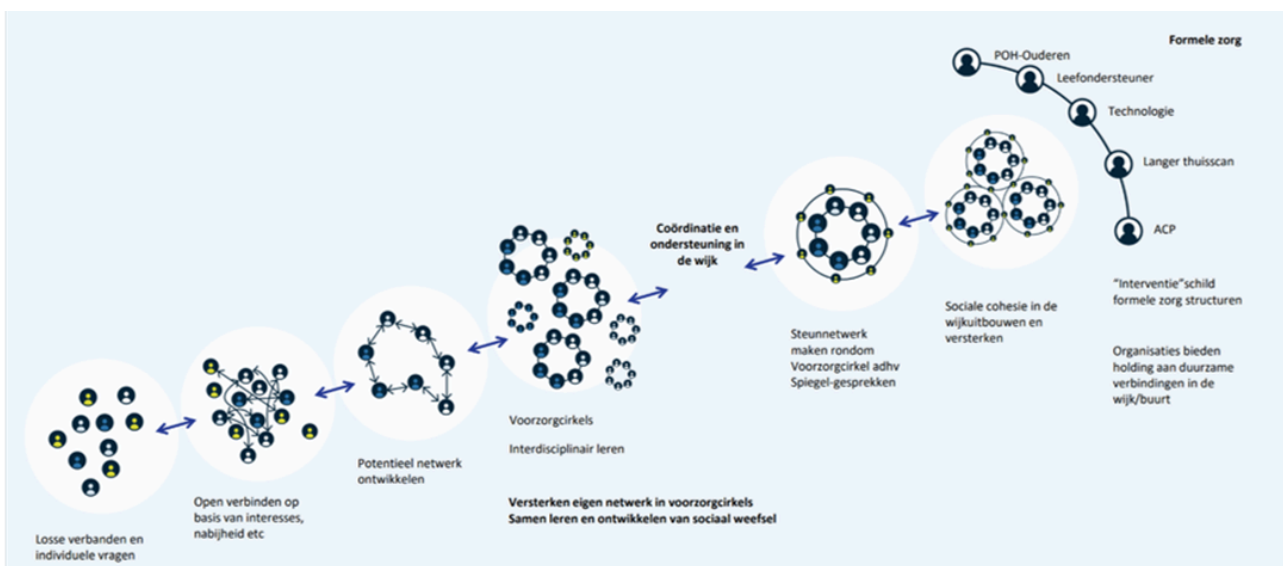
### 3.3. Versterken van de regionale zorgondersteunende infrastructuur

Langer thuis wonen vraagt om een sterke regionale zorgondersteunende 'infrastructuur', met aandacht voor tijdelijk verblijf (logeren), informele zorg, welzijnsvoorzieningen en (technologische) innovaties. Daarover gaan we met u en de gemeenten in gesprek en maken wij afspraken over de regionale inrichting. Ook zijn goede randvoorwaarden nodig, zoals digitale gegevensuitwisseling die het werk van de professionals in zorg en sociaal domein ondersteunt.

## Van Zorgen Voor naar Samen Zorgen Met

Van zorgaanbieders verwachten wij dat zij de zelf- en samenredzaamheid van de cliënten versterken. Wij verwachten dat zorgaanbieders methodieken en nieuwe werkwijzen inzetten, zoals reablement, de schijf van vijf en Advanced Care Planning (ACP). Zo verschuift de focus van zorgen voor naar zorgen met. Dit vraagt dat zorgaanbieders in de zorg- en ondersteuningsplannen van iedere Wlz-cliënt informele zorg betreft en waar passend afspraken over de inzet vanuit een informeel netwerk opneemt. Daarbij gaat het om een zorgvuldige balans gezien de beperkte beschikbaarheid van zorgprofessionals en mantelzorgers.

Daarnaast zet het zorgkantoor zich samen met zorgaanbieders, gemeenten en partners uit het sociaal domein in voor versterking van mantelzorgondersteuning, informele zorg en gemeenschapsvorming in de wijk en regio. Dit is nodig om 'zelf en thuis als het kan' mogelijk te maken. Samen met de gemeenten stimuleren wij initiatieven op het gebied van community care. Daarbij sluiten wij aan bij het gedachtegoed van Wijkgenoot, waaronder ook de voorzorgcirkels. De organiserende principes van Wijkgenoot bieden een modelmatige weergave van de samenhang tussen van informele en formele zorg. Het model wordt gebruikt als gespreks- en ontwikkelmodel.



## Medisch Generalistische Zorg

Adequate Medisch Generalistische Zorg (MGZ) in de regio is een randvoorwaarde, niet alleen intramuraal, maar ook in de thuissituatie. De specialisten ouderengeneeskunde (SOG's) en artsen verstandelijk gehandicapten (AVG's) in de regio werken zodanig samen met huisartsen dat de behandelzorg voor Wlz-cliënten in de regio, ongeacht de intra- of extramurale setting, altijd geborgd is. Binnen deze samenwerking zijn regionale afspraken gemaakt over (herschikking van) taken, verantwoordelijkheden en beschikbaarheid/inzetbaarheid. Het landelijke convenant MGZ en het daarop gebaseerde regionale plan van aanpak zijn daarbij het uitgangspunt.

## Logeren

Om zorg langer thuis te faciliteren is een voldoende en kwalitatief goed logeeraanbod in de regio gewenst. Soms wordt dit echter als knelpunt ervaren: door zorgaanbieders om het zorgaanbod in stand te houden en door cliënten bij de vraag naar voldoende passend aanbod in de regio. Dit is al onderwerp van gesprek met zorgaanbieders en ook de gemeente. Wij zetten ons in om het regionale logeeraanbod te versterken.

### 3.4. Stimuleren nieuwe vormen van wonen en zorg

Wij vangen de toenemende zorgvraag in Midden-IJssel op door nieuwe vormen van wonen met zorg te stimuleren, zoals scheiden van wonen en zorg en passende inzet van mpt en vpt, waarbij vanaf 2027 mpt voorliggend is op vpt. De in het AZWA opgenomen afspraak over de nieuw te ontwikkelen prestatie én de opnametoets nemen wij hierin mee. Wij dringen er bij partijen op aan om aandacht te schenken aan voldoende zorggeschikte woningen in onze regio, onder andere door gegevens over de verwachte behoefte aan wonen met zorg te delen. Dit gaat dan zowel over de behoefte aan passende woonvoorzieningen voor ouderen zoals nulredewoningen maar ook voor cliënten in de Gz en GGz.

Samen met gemeenten en woningcorporaties werken we aan de realisatie daarvan. Zorg in de thuissituatie heeft de voorkeur, als dit verantwoord kan, intramurale zorg blijft beschikbaar voor cliënten die verblijfszorg echt nodig hebben. Wij willen in gesprek met de sectoren V&V, Gz en GGz over het benutten van capaciteit in de V&V voor de Gz en GGz. En wij zijn aangesloten op initiatieven van gemeente en provincies in het kader van de woondeal. Zo faciliteren wij onder andere het ondersteuningsteam wonen met zorg van de provincie (Bouwbrigade - Provincie Overijssel). Het ondersteuningsteam is te bereiken via [woonaanpak@overijssel.nl](mailto:woonaanpak@overijssel.nl).

### 3.5. Zorgvernieuwing/innovatie

Technologische en sociale innovaties kunnen sterk bijdragen aan de zelfregie en zelfredzaamheid van cliënten. Tegelijkertijd kunnen innovaties arbeidsondersteunend zijn en daarmee tijd vrijmaken voor de zorg aan meer cliënten. Wij zetten daarom verder in op optimalisatie en innovatie.

#### Optimalisatie- en innovatiebeleid

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 visie van de zorgkantoren op langdurige zorg. Het zorgkantoor legt daarbij de nadruk op het kunnen realiseren van de inkoopdoelen zoals deze zijn opgenomen in het regionaal inkoopbeleid.

#### Wat betekent dit voor zorgaanbieders

##### 1. 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 zorgverleners 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.

## 2. 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.

## Wat doet het zorgkantoor

### 1. 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.

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

### 2. 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.

### 3.6. Digitale gegevensuitwisseling en infrastructuur

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

Het belang van een solide digitale infrastructuur voor efficiënte (onderlinge) gegevensuitwisseling wordt breed erkend. Binnen het AZWA zijn er duidelijke afspraken opgesteld over de inzet van technologische oplossingen om de administratieve lasten te verlagen en samenwerking te optimaliseren. Vanuit het zorgkantoor constateren wij dat binnen de regio – en met name in de Wlz – hieraan tot nu toe beperkt aandacht is besteed.

Wij verwachten dat u aanvullende stappen zet, onder andere op het gebied van digitale gegevensuitwisseling, en het gebruik en opschalen van bewezen effectieve innovaties, het op orde brengen van datakwaliteit. Daarbij verwachten wij dat u werkt volgens de stappen van KIK-V (Home | KIK-V). Hierbij worden gegevens eenmalig vastgelegd en kunnen vervolgens voor meerdere doeleinden benut. Dit vermindert de administratieve lasten én verbetert de kwaliteit, actualiteit en vergelijkbaarheid van informatie. Bovendien stelt het zorgaanbieders én zorgkantoor in staat beter en sneller te sturen op bedrijfsvoering en kwaliteit. Door gegevensuitwisseling via KIK-V tot norm te maken bouwen we aan een toekomstbestendige (ouderen)zorg waarin data helpt om sneller, beter en met meer inzicht te werken aan kwaliteit. Tegelijkertijd draagt dit bij aan het verlagen van de werkdruk, het efficiënter inzetten van personeel en het versterken van samenwerking in de keten. Zo ontstaat er meer ruimte voor zorgprofessionals om te doen waar ze het verschil maken: zorg verlenen.

### 3.7. Kwaliteit/passende zorg

Het zorgkantoor contracteert Wlz-zorg bij zorgaanbieders en een belangrijk criterium is de kwaliteit van deze zorg. Wij zijn er alert op dat de kwaliteit van zorg goed blijft, de sectorale kwaliteitskaders vormen hiervoor de basis. We baseren ons op de beschikbare kwaliteitsgegevens zoals uitkomsten van kwaliteitsmetingen, rapportages van de IGJ, kwaliteitsplannen- en rapporten van de zorginstellingen, we voeren gesprekken met cliëntenraden- en organisaties en onderzoeken daarnaast zelf de kwaliteit van zorg door middel van controles en locatiebezoeken.

Wij zetten deze kwaliteitsdialogen en locatiebezoeken voort, de betrokkenheid van cliëntenvertegenwoordigers is daarbij van wezenlijk belang en geborgd. Waar de afgelopen jaren is ingezet op voortdurende verbetering van kwaliteit moeten wij ons realiseren dat dit onder de huidige omstandigheden geen doel op zich meer kan zijn.

We hebben gemerkt dat de kwaliteitsdialogen en locatiebezoeken een mooie aanvulling zijn op de gesprekken die we met u voeren. We gaan met u in gesprek over onze onderbouwde mening over de kwaliteit van zorg in uw organisatie en over de resultaten van uw plannen voor klanten. We willen graag weten waar u tegenaan loopt en zijn uw partner bij het vinden van oplossingen die passen bij uw organisatie. En natuurlijk horen we ook graag uw goede voorbeelden, zodat

we de verbinding kunnen leggen met andere zorgaanbieders en daarmee kunnen inspireren. De formele toetsing van kwaliteit blijft aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

### **3.8. Samenwerking bij complexe zorg en crisiszorg**

Zorgaanbieders anticiperen op de veranderende, complexer wordende zorgvragen. Dit betekent dat zorgaanbieders zich aan de ene kant zelf ontwikkelen om toegerust te zijn voor deze veranderende zorg en anderzijds samenwerken in de regio om elkaar te ondersteunen bij cliënten met complexe zorgvragen. We gaan daarbij met u in gesprek over de zorgprofielen die passend zijn bij de organisatie.

Wij willen voldoende passend aanbod beschikbaar hebben voor cliënten met een complexe zorgvraag, zodat deze cliënten tijdig op een passende plek terecht kunnen. Voor de organisatie van regionaal aanbod willen we toewerken naar een “ja, tenzij” in het aannemen van complexe cliënten. Dit omdat we zien dat complexe cliënten steeds lastiger te bemiddelen zijn. We vragen u daarom gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor deze cliënten. Door in regionaal verband samen te werken, realiseren we passend aanbod en creëren we de randvoorwaarde voor een bestendige hulpverleningsrelatie. Daarbij zetten we in op competente en vakbekwame zorgprofessionals die de nabijheid van de zorgorganisatie ervaren, een passende zorgcontext en leefomgeving en bekostiging die aansluit bij de aard en zwaarte van de zorgvraag.

Daarbij hebben wij ook oog voor de bredere context en betrokken interne en externe stakeholders. Dit vraagt inzet en organisatiekracht en structurele samenwerking op terreinen waar expertise nog onvoldoende aanwezig is. We maken daartoe gerichte inkoopafspraken, en willen u tegelijkertijd ruimte én ondersteuning bieden om voldoende passend aanbod te realiseren. Zo willen wij voor iedere cliënt passende zorg en ondersteuning waarborgen. Dichtbij als het kan, verder weg als het nodig is.

Daar waar regionale beschikbaarheid van zorg niet kan – bijvoorbeeld omdat het om zeer kleine cliëntgroepen gaat, zeer specifieke kennis of expertise nodig is of deze zorg niet doelmatig te organiseren is - kunnen we deze zorg bovenregionaal of landelijk inkopen. Dit doen we bijvoorbeeld al met de LVHC (laag volume – hoog complex) doelgroepen in opdracht van VWS, de inkoop van art28a bedden en Salviq. De afweging voor regionale, bovenregionale of landelijke zorg maken we met andere zorgkantoren gezamenlijk, zodat we eenduidig met de sector in gesprek kunnen gaan om de organisatie hiervan te realiseren. In geval van landelijke inkoop betekent dit dat we als zorgkantoren gezamenlijk het beleid voor deze specifieke doelgroepen opstellen en vervolgens zelfstandig contracten aangaan met de zorgaanbieder (zorgaanbieders) die deze zorg gaat (gaan) leveren. In specifieke gevallen kan het contract ook namens andere zorgkantorregio's worden afgesloten.

#### **Crisiszorg**

Regionale afspraken over crisiszorg borgen tijdige doorstroom. Dit betekent ook dat verlengingen bij crisisopnames in principe niet meer worden toegestaan zeker als ‘wachten op voorkeur’ van een cliënt bij een crisisopname daarvoor het argument is. Wij hechten daarbij aan het regionaal casuïstiekoverleg dat eraan bijdraagt om met gezamenlijke partijen tot passende oplossingen te komen.

### **3.9. Andere thema's**

De uitdagingen voor de zorg in onze regio zijn niet nieuw. Wij moeten nu inzetten op de toekomstbestendigheid van de zorg. Het hiervoor beschreven paradigma en de uitgewerkte speerpuntthema's staan centraal in de gesprekken en de

afspraken die wij met u maken. Daarnaast zijn er binnen de Wlz andere relevante thema's waarover we het gesprek in de regio graag aangaan.

### **Doelmatigheid**

We handhaven onze inzet op doelmatigheid. Voor wat betreft de financiering van de crisiszorg bekijken we wel nader of dit efficiënter kan, zonder in te leveren op beschikbaarheid. We overwegen daarbij geen 365 dagen volledig te vergoeden maar beschikbaarheid middels een opslag op gedeclareerde dagen te vergoeden. Ook verkennen we de mogelijkheden om doelmatigheidsafspraken uit te gaan breiden, bijvoorbeeld op het gebied van praktijkvariatie van mpt en vpt in de V&V-sector en de declaraties bij afwezigheid.

### **Meerzorg**

De inzet van meerzorg wordt beperkt tot alleen die casuïstiek waarbij tijdelijk extra zorginzet noodzakelijk is. Langdurige inzet van meerzorg is niet wenselijk. In de meerzorgdialoog en in het regionaal casuïstiekoverleg bespreken wij wat passende zorg is.

### **Aantrekkelijk werkgeverschap en inzet PNIL**

Aantrekkelijk werkgeverschap in de zorg is een gezamenlijk belang. Zorgaanbieders voeren daarvoor zowel op regionaal als organisatieniveau een strategisch personeelsbeleid en formuleren daarbinnen een strategische visie op de inzet van (en kosten voor) PNIL. Wij zetten de gezamenlijke regionale inspanningen voort om te sturen op in- en doorstroom van medewerkers in de zorg en het terugdringen van verzuim en uitstroom.

Zorgaanbieders verkennen mogelijkheden voor medewerkers die dat willen om meer regionaal inzetbaar te zijn en/of combinatie-contracten aan te gaan waarmee deeltijduren samengevoegd kunnen worden. Daarnaast sluiten zorgaanbieders voldoende aan bij landelijke ontwikkelingen op het gebied van innovatie en anders organiseren van de zorg zodat zij op die manier aantrekkelijk blijven als werkgever.

### **Een gezonde bedrijfsvoering**

Een gezonde bedrijfsvoering draagt bij aan de houdbaarheid van de Wlz, doordat u als zorgaanbieder invulling geeft aan goed werkgeverschap en streeft naar doelmatige zorg. Waar mogelijk ondersteunen zorgkantoren u hierbij bijvoorbeeld met analyses en het delen van goede voorbeelden.

### **Verduurzaming**

Wij verwachten van u dat verduurzaming is verankerd in uw strategisch beleid. De Greendeal 3.0 voor de zorg bevat diverse ambities en doelen rondom duurzaamheid van de zorg. Daarnaast stelt de wetgever de nodige eisen aan verduurzaming en hebben zorgverzekeraars en zorgkantoren hun ambities opgesteld (zie hiervoor Duurzaamheid - Zorgverzekeraars Nederland en de Handleiding aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheids certificering in de Zorginkoop}. Wij volgen met belangstelling de wijze waarop u invulling geeft aan deze ambities en doelen.

### **Preventie**

Preventie is gericht op het voorkomen of uitstellen van (verergering van) zorg. Wij denken hiervoor met name aan initiatieven die bijdragen aan langer thuis (voorkomen van opname) en domeinoverstijgend (samen)werken, bijvoorbeeld met welzijn en informele zorg. Wij gaan ervan uit dat de komende Wet Domeinoverstijgende Samenwerking gaat helpen om dit verder te concretiseren.

### **Pgb-wooninitiatieven**

In onze regio zijn er meerdere pgb-wooninitiatieven aanwezig. Dit zijn wooninitiatieven waarbij de bewoners (en/of hun verwanten) de eigen regie voeren over de zorgverlening, zelf de zorg inkopen en deze bekostigen vanuit een pgb. Hoewel wij hiermee geen formele relaties onderhouden vormen deze initiatieven wel onderdeel van het regionale zorglandschap en zijn deze van invloed op bijvoorbeeld de regionale arbeidsmarkt, de inzet van behandelcapaciteit of zorg in de anw-uren.

Aansluitend op de visie van het kabinet vinden wij overigens dat een pgb alleen beschikbaar moet zijn voor cliënten die daar bewust voor kiezen en niet als financieringsvorm. Wij zien dat sommige wooninitiatieven gefinancierd worden via een pgb maar feitelijk functioneren als zorg in natura. Wij streven ernaar deze wooninitiatieven vanaf 2027 als nieuwe zorgaanbieder te contracteren.

### **Levensloopaanpak**

Het aantal cliënten met een Wlz-indicatie dat wordt geïnccludeerd in de Levensloopaanpak stijgt. Er is steeds meer zicht op de woonzorgbehoefte van deze groep cliënten. De woonzorgbehoefte sluit niet goed aan bij het huidige zorgaanbod en er zijn onvoldoende plekken. Levensloopaanbieders geven aan dat voor ongeveer 40% van deze groep geen passende huisvesting is en voor bijna 30% deze huisvesting niet optimaal passend is. Zorgkantoren zien de noodzaak om samen met zorgaanbieders ander en meer aanbod voor deze doelgroep te organiseren en gaan hierover met levensloopaanbieders in gesprek.

### **Administratieve lasten**

Het is onvermijdelijk dat zorgcontractering gepaard gaat met enige administratieve last. Wij streven er naar deze administratieve lasten zo beperkt mogelijk te houden. Als zorgkantoor beperken wij het aantal uitvragen en ook meerjarig contracteren is een manier waarop wij administratieve lasten beperken. Ook de digitale contractering via Vecozo en de inzet op gegevensuitwisseling met KIK-V dragen bij aan administratieve lastenvermindering. Uiteraard staan wij open voor andere suggesties die hieraan verder kunnen bijdragen.

## 4. Zo maken we afspraken over tarieven en volume

In dit hoofdstuk lichten wij toe hoe wij tot afspraken komen over tarieven en volumes. Doel daarbij is om, aan de hand van passende volume- en tariefafspraken met zorgaanbieders, voor de regio voldoende, doelmatige en passende zorg in te kopen waarmee wij binnen de regionale financiële contracteerruimte aan de zorgplicht kunnen voldoen.

Onze tariefsystematiek is opgesteld binnen de kaders die hiervoor van toepassing zijn. De zorgkantoren zijn gehouden om zorg te dragen voor een doelmatige besteding van Wlz-middelen. Dit doen wij op meerdere manieren en dus ook via de tariefsystematiek. Bij deze tariefsystematiek houden wij rekening met 'regionale, sectorale en organisatiespecifieke omstandigheden en de uitvoeringswerkelijkheid'. Hieronder is uiteengezet hoe wij dit tot uitdrukking brengen via onze tariefsystematiek.

### 4.1. Uitgangspunt voor onze tariefsystematiek

Onze tariefsystematiek is gezamenlijk door de zorgkantoren ontwikkeld. Deze systematiek kent een drietrapsmodel. Het vertrekpunt is (1) een vertrektariefpercentage per cluster. Dit vertrektariefpercentage is een percentage van het NZa-maximumtarief waarmee het merendeel van de zorgaanbieders binnen het cluster kostendekkend zorg kan leveren. Daarnaast kunnen wij in ons zorginkoopbeleid (2) regionale differentiatiemogelijkheden hanteren en tenslotte hanteren wij (3) een hardheidsclausule. Deze elementen worden in deze en volgende paragrafen verder toegelicht.

### 4.2. Vaststelling van de vertrektarieven van zorgaanbieders

Vanaf 2021 berekent het tariefmodel per sector een richttariefpercentage. Met dit tarief ontvangt minimaal 75% van het aantal en marktaandeel zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding. Voor de overige aanbieders geldt er een doelmatigheidsprikkel.

Per 2027 hanteren zorgkantoren een verfijnder tariefmodel. De verfijning betreft een aanpassing van de rekenmethode met betrekking tot de financieringsbaten en -lasten en een clustering van vergelijkbare aanbieders. Met dit laatste punt willen zorgkantoren meer recht doen aan de verschillen die bestaan tussen typen aanbieders in verschillende sectoren.

#### 1. Aanpassing van de rekenmethode

Als gevolg van de uitspraak van het Hof hebben zorgkantoren (met terugwerkende kracht) het saldo van de financiële baten en lasten toegevoegd aan het rekenmodel (zie Nota van Wijziging d.d. 31 mei 2024). Hierdoor ontstond een overlap. Zorgkantoren hebben ervoor gekozen om – met de ingang van het nieuwe beleid – de rekenmethodiek aan te passen en de overlap eruit te halen, om hiermee ook recht te doen aan de doelmatigheidsopdracht die zorgkantoren hebben.

#### 2. Clustering van vergelijkbare aanbieders binnen sectoren

Binnen een sector worden vergelijkbare aanbieders geclusterd. Per sector zijn er de volgende clusters:

V&V:

- Cluster A: Extramuraal divers
- Cluster B: Hoofdzakelijk VPT
- Cluster C: Gedeeltelijk intramuraal

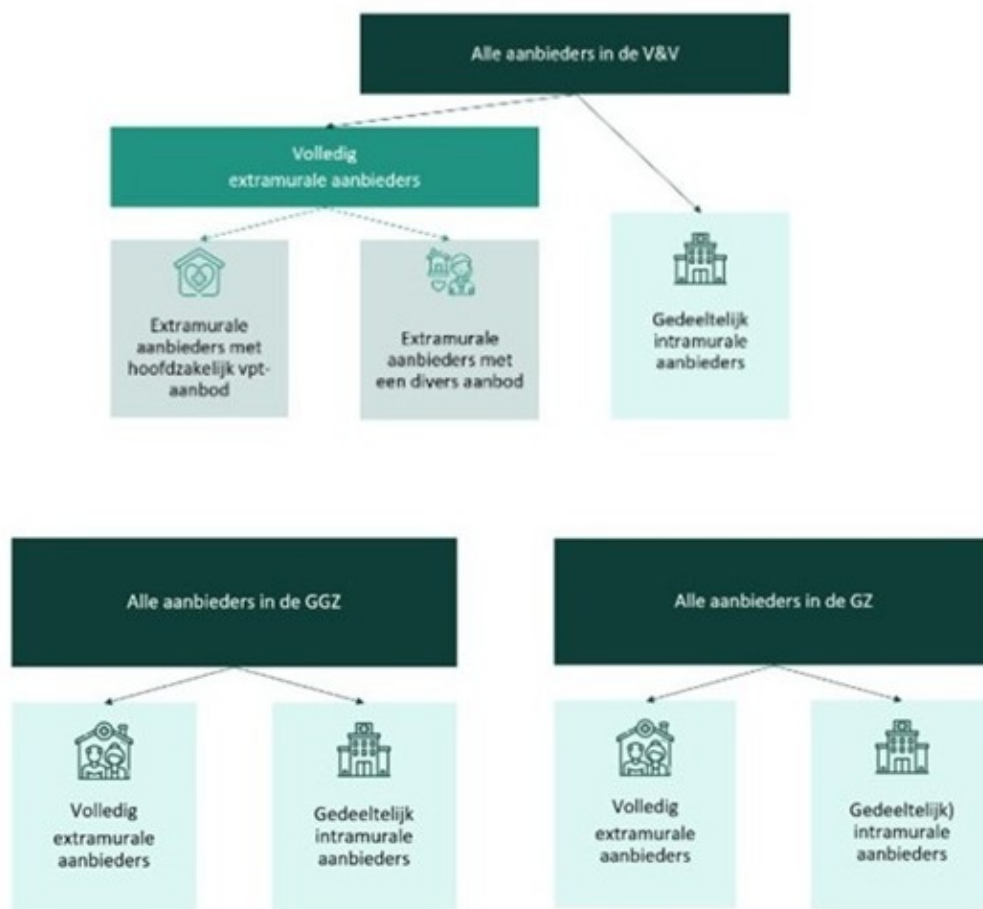
GZ:

- Cluster A: volledig extramuraal
- Cluster B: Gedeeltelijk intramuraal

GGZ:

- Cluster A: volledig extramuraal
- Cluster B: Gedeeltelijk intramuraal

De clustering, die verder is toegelicht in bijlage 7, ziet er per sector als volgt uit:



Vervolgens berekenen we per cluster het vertrektariefpercentage. Op deze manier kunnen zorgkantoren reëlere tarieven afspreken, die beter passen bij het type aanbieder. Het verfijnde model is verder toegelicht in het document ‘Onderbouwing vertrektarieven per cluster Wlz (zie bijlage 7).

Voor de berekening van de vertrektariefpercentages zijn de laatst beschikbare jaarverslagen van de zorgaanbieders nodig. Voor de vertrektariefpercentages 2027 betreffen dit de beschikbare jaarverslagen 2025. Deze jaarverslagen

worden pas op 1 juni a.s. 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 gepubliceerd worden

In het proces van de Nota van Inlichtingen kunt u vragen stellen over de wijze waarop de vertrektariepercentages 2027 berekend worden. Na publicatie van de vertrektariepercentages 2027 kunt u eventuele bezwaren uiten tegen de hoogte van de vertrektariepercentages 2027 en de (wijze van) totstandkoming daarvan. Hiervoor geldt een termijn van 20 kalenderdagen. Het staat zorgaanbieders vrij om binnen deze termijn mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van het op 4 september 2026 gepubliceerde vertrektariepercentages 2027. U kunt dit kenbaar maken via email: [Offerte-wlz@salland.nl](mailto:Offerte-wlz@salland.nl).

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 op basis van dit beleid aantoonbaar niet kostendekkend is kunnen een beroep doen op de hardheidsclausule .

#### **Aanbieders met cliënten in meerdere sectoren**

Er is afgesproken dat aanbieders landelijk worden geclusterd en ook landelijk in hetzelfde cluster worden gecontracteerd. Het zorgkantoor informeert u over het cluster waarin uw organisatie is ingedeeld. Als dit cluster afwijkt van de verwachting, neemt u dan uiterlijk 1 juli 2026 contact op met uw zorginkoper. Voor enkele aanbieders leidt dit tot een verschuiving van de sector waaronder de aanbieder gecontracteerd wordt. De prestaties bij sectorvreemde indicaties worden vergoed voor het door de aanbieder afgesproken (eigen sector) percentage.

Voor gecontracteerde aanbieders zonder realisatie bepaalt het zorgkantoor op basis van de inkoopafspraken met de betreffende aanbieder het cluster voor 2027.

#### **Tarief nieuwe zorgaanbieders**

We zien dat nieuwe zorgaanbieders vaak een minder actieve bijdrage leveren 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. Daarom spreken we met nieuwe zorgaanbieders een lager tariefpercentage af (-2% t.o.v. het vertrektarief van het cluster).

#### **Omgang met de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC)**

Ten aanzien van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) in het NZa-tarief achten wij het niet opportuun om hierop differentiatiebeleid te voeren. Met name met het oog op noodzakelijke investeringen in kwaliteit en duurzaamheid van de huisvesting handhaven wij de 100%-vergoeding van de NHC.

### **4.3. Regionale differentiatie**

Het vertrektariepercentage, zoals toegelicht in de vorige paragraaf, is in zichzelf een passend tarief. Binnen de tariefsystematiek van de zorgkantoren bestaat daarnaast ruimte voor regionale differentiatie in de vorm van op- of afslagen. Mede door de beperkte regionale contracteer ruimte zijn de mogelijkheden zeer beperkt. Bovendien vinden we een meer specifieke en gerichte inzet op het oplossen van knelpunten passender.

Dit betekent het volgende voor een eventuele opslag:

- Deze is gericht op het oplossen van aantoonbare regionale knelpunten op basis van regioanalyses, wachtlijsten, NZa-onderzoeken of vergelijkbare bronnen;

- Deze is specifiek van aard, dus voor een specifiek knelpunt of prestatie/indicatie en kan gebaseerd zijn op een benodigd bedrag dat wordt omgerekend;
- Deze kan jaarlijks en per sector verschillen gelet op de koppeling aan aantoonbare knelpunten en de wijze waarop dat wordt opgelost.

In de jaarlijks te publiceren aanvulling op het meerjarenbeleid nemen we op of en zo ja, welke opslagen het daarop volgende jaar van toepassing zijn.

### **Op- en afslagen 2027**

Voor 2027 hanteren we de volgende opslagmogelijkheden. Deze opslagen houden direct verband met het faciliteren van zorg langer thuis en passende zorg voor cliënten met complexe problematiek:

- Voor alle sectoren: om de beschikbaarheid van logeren te bevorderen is er een opslag mogelijk voor de logeerprestaties in 2027 tot maximaal 100% van het NZa tarief;
- GGz-sector: we vinden het van belang dat er een consultatiemogelijkheid van een psychiater voor de andere Wlz sectoren beschikbaar is voor cliënten met complexe casuïstiek. Voor de consultatieprestaties ggz is er een opslag mogelijk tot maximaal 100% van het NZa tarief.

In beide situaties is er een plan nodig waarin de regionale behoefte is toegelicht alsook de beoogde wijze waarop dit, in regionale afstemming, door één of meerdere partijen wordt georganiseerd. De hoogte van het percentage zal afhangen van de mate waarin plannen in de regionale behoefte voorzien. Dit bespreekt u verder met uw zorginkoper.

Voor 2027 hanteren wij de volgende afslagmogelijkheden:

- In het voorgaande inkoopbeleid is een afslag gekoppeld aan een zeer hoog rendement. Met zorgaanbieders die binnen de huidige tarievenstructuur structureel (de voorgaande drie jaren) blijkens de jaarrekeningen een aanzienlijk hoger dan binnen de sector gebruikelijk rendement realiseren gaan wij het gesprek aan over een passend tariefpercentage vanuit het oogpunt van maatschappelijk verantwoorde inzet van collectieve Wlz-financiering. Wij handhaven daarom in beginsel deze bepaling, waarbij dit in voorkomende gevallen wel nog individueel beoordeeld zal worden in relatie tot de effecten van verfijning van de richttariefsystematiek;
- Het als zorgaanbieder de twee aansluitende voorgaande jaren niet voldoen aan de voorwaarden die we stellen, zoals voldoende kwaliteit van zorg, vereisten vanuit de bestuursverklaring of administratieve processen (te laat deponeren jaarverantwoording, tijdig indien declaraties, e.d.).

Bij het contractaanbod 2027 en het eventuele inkoopgesprek geven wij aan of deze op- of afslag(en) voor uw organisatie van toepassing is (zijn).

### **Transitiemiddelen - regiobudget**

Voor de Gz- en GGz-sector zijn er bij publicatie van dit zorginkoopbeleid geen landelijke akkoorden en ook geen afspraken over specifieke transitiemiddelen. Aangezien wij het van belang vinden dat ook binnen deze sectoren transitieprojecten financieel kunnen worden ondersteund oormerken wij binnen onze regionale contracteerruimte een beperkt bedrag voor transitieprojecten binnen de Gz- en GGz-sector. In hoofdstuk 5 leest u hier meer over

Mocht er gedurende de looptijd van dit zorginkoopbeleid een akkoord worden gesloten waarin budget beschikbaar komt ten behoeve van transitie, behouden wij ons het recht voor dit in mindering te brengen op het beschikbare regiobudget.

## Vrijwillig laag tarief of hardheidsclausule

Met zorgaanbieders die vrijwillig een laag tarief willen afspreken of succesvol een beroep op de hardheidsclausule doen maken wij een maatwerkafpraak. De voorwaarden voor de hardheidsclausule zijn benoemd in paragraaf 4.4. Als u meent hiervoor in aanmerking te komen, dient u dit voorafgaand aan de te maken initiële productieafspraken kenbaar te maken aan uw zorginkoper. Bij een vrijwillig laag tarief zult u voldoende waarborgen moeten bieden voor een blijvende goede kwaliteit van zorg.

### Maatwerkruimte bij knelpunten

Er zijn naast de hiervoor genoemde mogelijkheden geen extra middelen (bijvoorbeeld investeringsruimte of een knelpuntenbudget) beschikbaar. De krappe regionale contracteerruimte biedt niet of nauwelijks ruimte om naast de bekostiging van de reguliere zorgvraag hiervoor extra middelen vrij te maken.

Toch vinden wij het, gelet op onze inkooprol in de regio, wenselijk om in uitzonderlijke situaties waar de zorgplicht in het geding is maatwerkafspraken te kunnen maken. Indien er zich een dergelijk knelpunt voordoen zullen wij hiervoor een (of meerdere) zorgaanbieder(s) benaderen. Aangezien financieringsmogelijkheden in de vorm van lumpsum-financiering ontbreken worden deze afspraken (bij uitzondering) op maat en binnen de bestaande mogelijkheden verwerkt.

## 4.4. Hardheidsclausule

Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Onder onvoorzien verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt. De term onvoorzien wordt hier dus uitgelegd als onverwacht effect van de tariefsystematiek. Hierbij is het van belang dat u kunt aantonen dat u op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is.

We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule.

U kunt bij uw zorgkantoor een aanvraagformulier hardheidsclausule opvragen. Dit aanvraagformulier is gemaakt om de informatie op te halen die noodzakelijk is voor de beoordeling van uw aanvraag. Het is belangrijk dat u dit formulier juist en volledig invult, zodat wij een goed beeld hebben van uw (toekomstige) financiële situatie. Als u een beroep doet op de hardheidsclausule, dient u het ingevulde aanvraagformulier naar het zorgkantoor te sturen via [Offerte-wlz@salland.nl](mailto:Offerte-wlz@salland.nl). U kunt het aanvraagformulier indienen na bekendmaking vertrektarief, doch uiterlijk 24 september 2026.

Afhankelijk van de situatie kunnen we aanvullende documenten opvragen. Wij geven uiterlijk 23 oktober 2026 een terugkoppeling op uw aanvraag voor de hardheidsclausule. 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.

Bij de herschikking en/of nacalculatie controleren wij of zorgaanbieders die afspraken hebben op grond van de hardheidsclausule daar nog steeds voor in aanmerking komen. Indien dan blijkt dat de zorgaanbieder geen beroep meer toekomt op de hardheidsclausule (bijvoorbeeld omdat zijn financiële situatie gedurende het jaar is verbeterd) maken wij aanspraak op het bedrag (of een gedeelte daarvan) dat aan de zorgaanbieder is betaald op grond van de hardheidsclausule.

#### 4.5. Totstandkoming van volumeafspraken

De afgelopen jaren volgden we het geld-volgt-klant model met open einde financiering, waarbij financiering pas na herschikking werd afgestemd op de geleverde zorg (en voor zover passend binnen de regionale contracteerruimte). We zien zowel financieel als inhoudelijk de noodzaak om meer te sturen op de geleverde zorg in de regio. En een betere match tussen zorgvraag en zorgaanbod te kunnen maken, ook in de toekomst.

We maken daarom aan het begin van elk jaar productieafspraken met u en deze monitoren wij gedurende het jaar. Aanpassingen zijn slechts mogelijk indien onze zorgplicht hierom vraagt. Wij begrijpen dat deze (noodzakelijke) nieuwe werkwijze aanpassing en gewenning vraagt en dat bespreken wij uiteraard graag met u.

Voor de initiële afspraken zijn een aantal spelregels van toepassing:

- Als uitgangspunt hanteren wij hiervoor de in 2026 overeengekomen set aan prestaties. Gedurende 2027 zullen wij met u in gesprek gaan of de huidige set aan prestaties overeenkomst met de noodzakelijke prestaties in de toekomst. Zorginkoop zal hier gedurende het jaar afspraken met u over maken;
- De verhouding van zzp's mét en zonder behandeling blijft in principe ongewijzigd;
- Productiegevolgen van uitbreidingen van intramurale capaciteit of verschuivingen in de mix van zorgzwaarteprofielen worden slechts gehonoreerd wanneer u hier vooraf schriftelijke instemming van zorginkoop heeft ontvangen. Het budgetformulier van de NZa bevat geen detailafspraken over prijs en volume; de afgesproken prestaties en het tariefpercentage worden daarom in de overeenkomst met u vastgelegd.

Wij stellen als voorwaarde dat (nieuwe) zorgaanbieders mpt/vpt als 'integraal pakket' moeten kunnen bieden, dat wil zeggen dat er geen sprake kan zijn van het aanbieden van alleen één 'losse' functie.

#### 4.6. Herschikking 2027

De herschikking is een formele procedure die op 1 november 2027 moet zijn afgerond. In principe is de (ex ante) met u gemaakte productieafpraak leidend voor de herschikkingsafpraak. Aan de hand van monitoring gedurende het jaar, de financiële ruimte en onze zorgplicht bepalen we of aanpassingen kunnen worden toegestaan. Over de nadere uitwerking van de procedure informeren wij u in de loop van 2027. De beleidsregels van de NZa blijven altijd het uitgangspunt.

##### Eigen Vermogen

Het is algemeen aanvaard dat zorgaanbieders een risico-reserve aanhouden. Als er bij een zorgaanbieder sprake is van geprognostiseerde overproductie dan vinden wij het gerechtvaardigd dat zorgaanbieders met een zeer hoog Eigen Vermogen (EV vanaf 35 procent op basis van de meest recente jaarrekening) hiervoor zelf de middelen inzetten.

Wij informeren u gedurende het jaar periodiek over de hoogte en de benutting van de regionale contracteerruimte via onze website.

## 4.7. Overige financiële middelen

### DOS Preventieve middelen

Vanaf 2026 beschikt het zorgkantoor over financiële middelen voor de regio om projecten mede te financieren die erop gericht zijn om een Wlz indicatie te voorkomen of uit te stellen. Hierover wordt separaat beleid opgesteld en gepubliceerd.

## 5. Transitiemiddelen (regiobudget)

Om de noodzakelijke transitiebeweging in de regio te ondersteunen stellen wij transitiemiddelen beschikbaar. De middelen voor de sector V&V vinden hun basis in het HLO, voor de andere sectoren stellen wij een beperkt deel van de regionale contracteerruimte beschikbaar voor dit doel. Dit vervalt uiteraard indien er op andere wijze extra middelen beschikbaar komen voor dit doel. Aan de inzet van deze middelen zijn uiteraard bepaalde voorwaarden verbonden. De wijze waarop Salland Zorgkantoor deze middelen voor 2027 inzet lichten we in dit hoofdstuk verder toe.

### 5.1. Transitiemiddelen

Wij vinden het van belang dat ook in uw sector gewerkt gaat worden aan toekomstbestendige oplossingen analoog aan de transitiedoelen voor de V&V-sector, te weten het borgen van de toegankelijkheid van de zorg en het realiseren van passende zorg en ondersteuning voor (zeer) kwetsbare cliënten. Daarom oormerken wij zelf een beperkt deel, te weten maximaal € 400.000, van de regionale contracteerruimte voor transitieprojecten in deze sectoren.

De transitiedoelen zijn vertaald naar vijf inhoudelijke thema's waaraan het regiobudget kan worden besteed, te weten:

1. Langer thuis
2. Anders werken voor passende zorg en ondersteuning
3. Aanpak arbeidsmarkttraagstukken in de zorg
4. Digitale infrastructuur
5. Ecologische duurzaamheid

De inzet van deze middelen vraagt om een gezamenlijke regionale inspanning waarvoor dezelfde inhoudelijke kaders gelden als voor de VV-sector. Hierover treft u meer aan in het beleidskader bijlage 2, paragraaf 3.3.

In lijn met de eerdergenoemde speerpunten van beleid vinden wij dat de doelstelling rondom een digitale infrastructuur op dit moment de hoogste prioriteit heeft in de regio. Wij gaan met de regiotafel Gz/GGz in gesprek om tot planvorming op dat vlak te komen.

### 5.2. Van belang om te weten bij het indienen van plannen

Wij maken afspraken via de sectorale regiotafels, dit is immers een goede bestaande samenwerkingsstructuur in de regio Midden-IJssel. Binnen deze samenwerking spreken wij een proces en tijdslijn af om te komen tot planvorming voor 2027.

Niet alle gecontracteerde zorgaanbieders zijn aangesloten bij deze regiotafels. Aangezien het bij deze plannen om een gezamenlijke regionale inspanning gaat kunnen deze zorgaanbieders zich bij ons melden om te bespreken op welke wijze de regionale verbinding gemaakt kan worden.

### 5.3. Praktische zaken voor het indienen van plannen

Let u bij het indienen van plannen voor de transitie middelen op het volgende:

- Format: voor de aanvraag stellen wij een inhoudelijk en begrotingsformat beschikbaar. Dit format zal bij publicatie van dit inkoopbeleid beschikbaar zijn en is opvraagbaar via uw zorginkoper;
- Alle aanvragen moeten uiterlijk 31 december 2026 bij ons binnen zijn via [Offerte-wlz@salland.nl](mailto:Offerte-wlz@salland.nl) o.v.v. "Aanvraag Regiobudget/transitiemiddelen 2027";
- Salland Zorgkantoor beoordeelt de aanvraag in de periode na indiening van het plan en vraagt zonodig aanvullende informatie op en/of treedt hierover met u in overleg. Wij streven er naar binnen 6 weken uitsluitel te geven.

### 5.4. Afspraken worden vastgelegd in een addendum bij de overeenkomst

De afspraken over goedgekeurde plannen worden vastgelegd in een addendum bij de Wlz overeenkomst tussen zorgaanbieder en het zorgkantoor. Dit wordt op een later moment verder uitgewerkt. Wij streven er naar dit addendum zo spoedig mogelijk na vaststelling van de afspraken aan te bieden.

### 5.5. Monitoring en verantwoording

Het spreekt voor zich dat er sprake zal zijn van monitoring van en verantwoording over de inhoud en financiën van de transitieplannen. Wij gaan daarbij uit van de kaders die hierover vanuit VWS zijn meegegeven en sluiten verder zoveel mogelijk aan bij de huidige wijze van monitoring en verantwoording die binnen de regionale samenwerking is ontwikkeld.

# 6. Een overeenkomst met Salland Zorgkantoor

Bij de contractering gelden er verschillende voorwaarden voor bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Denk daarbij aan de contractduur, tarieven en aan te leveren documenten bij de inschrijving. In dit hoofdstuk lichten wij toe wat wij verstaan onder bestaande zorgaanbieders en nieuwe zorgaanbieders en welke soorten overeenkomsten wij sluiten.

## 6.1. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz

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

### Bestaande zorgaanbieder

- Bestaand voor het zorgkantoor: zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt.
- 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

- Zorgaanbieder die op het moment van inschrijven met nog geen enkel zorgkantoor een overeenkomst heeft.
- 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. Een dergelijke zorgaanbieder is voor het zorgkantoor waar voor het eerst voor 2027 ingeschreven wordt een nieuwe zorgaanbieder.

Dit onderscheid is van belang voor de te sluiten overeenkomst.

## 6.2. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?

Wij maken verschillende afspraken met zorgaanbieders. Daarbij maken wij onderscheid naar bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Wat we hieronder precies verstaan hebben we in de vorige paragraaf toegelicht. De volgende type afspraken behoren tot de mogelijkheden:

### Meerjarenovereenkomst 2027-2029 (met optie tot verlenging)

Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', die het hele aan 2027 voorafgaande jaar een overeenkomst hebben gehad en een Wlz-omzetgrens hebben in 2026 van €100.000 of meer, komen in aanmerking voor een overeenkomst voor drie jaar (2027-2029) met de mogelijkheid voor het zorgkantoor om, naar analogie van eventuele verlenging van het zorginkoopbeleid, de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen.

## Eénjarige overeenkomst voor 2027

- Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' die een overeenkomst voor een deel van het aan 2027 voorafgaande jaar hebben gehad, komen in aanmerking voor een overeenkomst voor één jaar (2027);
- Bent u een bestaande zorgaanbieder die, op basis van de Wlz-declaratiegegevens 2026, uitkomt op eenerschikkingsafpraak voor 2026 in de regio Midden IJssel onder een omzetgrens van € 100.000 dan komt u in aanmerking voor een éénjarige overeenkomst en met u wordt het gesprek aangegaan hoe u de kwaliteit en continuïteit van zorg uit de Wlz borgt binnen uw organisatie;
- Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' komen, indien wordt voldaan aan onze contracteervoorwaarden, in aanmerking voor een overeenkomst van één jaar (2027);
- Nieuwe zorgaanbieders die aan onze voorwaarden voldoen komen in aanmerking voor een eenjarige overeenkomst (2027).

## 6.3. 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. Bekijkt u daarom goed welke situatie voor u van toepassing is.

#### **1. U heeft een overeenkomst tot en met 31 december 2026 met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt ('Bestaand voor het zorgkantoor' met een driejarige, een tweejarige of een 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 bijlage 8 bij dit zorginkoopbeleid) 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 bijlage 8 bij dit document.

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. In de bijlage 8 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.

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

# 7. Dit is de procedure van inschrijving bij Salland Zorgkantoor

De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de regionale zorgcontractering. Dit inkoopdocument is daarom specifiek toegespitst op de regiospecifieke situatie in Midden-IJssel. De zorgkantoren streven op de punten waar dit mogelijk is naar uniformiteit in de te hanteren uitgangspunten en de procedures. Een groot deel van de bepalingen in dit hoofdstuk is daarom landelijk uniform vastgesteld en voor alle zorgkantoren identiek. Voor inschrijving in de regio Midden-IJssel dient u echter wel rekening te houden met de werkwijze die in dit hoofdstuk is opgenomen.

## 7.1. Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de 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 wij 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 de bestuursverklaring moet u bij inschrijving aangeven of u in 2027 al dan niet van plan bent te werken met onderaannemers. Voor de definitie van onderaanneming verwijzen wij naar de overeenkomst.

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 (zie artikel 10 lid 1 van Deel III: Algemeen deel van de Wlz-overeenkomst en de Bestuursverklaring onder punt 4). 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  $\frac{2}{3}$  van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren en maximaal  $\frac{1}{3}$  van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren.

Aanvullend geldt dat het niet is toegestaan om een zzp of vpt 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.

## 7.2. 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 volledig ingevuld en ondertekend aangeleverd, én;
- Alle onderbouwende documenten bij de inschrijving zijn bijgevoegd (conform het overzicht 'aan te leveren documenten' in bijlage 8), 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 wij 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 'bestuursverklaring') of overige eisen zoals genoemd in de bestuursverklaring, ook in het geval de zorgaanbieder bij de inschrijving aangeeft (ten tijde van de contractperiode) niet te kunnen voldoen aan de (geschiktheids)eisen;
- Indien één of meer van de uitsluitingsgronden (zie bijlage 'bestuursverklaring') op de zorgaanbieder van toepassing is/zijn;
- Indien uit de inschrijving blijkt dat een zorgaanbieder niet akkoord gaat met de in het inkoopkader gestelde eisen en voorwaarden;
- Als er geen positieve uitkomst is van een door het zorgkantoor ingesteld onderzoek bij gerezen twijfel of een zorgaanbieder de ingediende offerte volledig dan wel gedeeltelijk waar kan maken.

### **Bevoegdheid tot het vragen van een toelichting**

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

Als de inschrijving van de zorgaanbieder wordt afgewezen (naar aanleiding van 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 controle van wat is ingevuld in de bestuursverklaring, maar ook om beoordeling en controle van de documenten die nieuwe zorgaanbieders (maar ook bestaande zorgaanbieders maar nieuw voor het zorgkantoor (zie paragraaf 6.) ter onderbouwing moeten aanleveren (zie voor het overzicht bijlage 8).

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.

### **Nieuwe zorgaanbieder en bestaande zorgaanbieder maar nieuw voor het zorgkantoor: mogelijk een inhoudelijk gesprek, bij voorkeur op locatie van de zorgaanbieder**

#### **Een inhoudelijk gesprek, bij voorkeur op locatie**

Of het zorgkantoor daadwerkelijk een overeenkomst (eventueel onder voorwaarden) aangaat met een nieuwe zorgaanbieder, 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. Zorgkantoren willen graag een goede toets kunnen uitvoeren op borging van kwaliteit én continuïteit van zorg door de nieuwe zorgaanbieder en de focus op de Wlz-doelgroep (expertise en ervaring). Alleen een ondernemingsplan biedt daarvoor niet altijd voldoende inzicht. De vereisten voor het ondernemingsplan, dat verplicht bij de inschrijving moet worden ingediend, staan in het overzicht 'aan te leveren documenten' in bijlage 8 genoemd. In de laatste fase van de beoordeling kan een gesprek plaatsvinden tussen het zorgkantoor en de nieuwe zorgaanbieder (bij voorkeur op locatie). Daar waar hier en hieronder in de tekst 'nieuwe zorgaanbieder(s)' staat, moet ook 'bestaande zorgaanbieder(s) maar nieuw voor het zorgkantoor' gelezen worden, indien en voor zover het gaat om de beoordeling van het ondernemingsplan) en het gesprek op locatie. Dit alles voor zover van toepassing op en aangepast aan de situatie van de bestaande zorgaanbieder maar nieuw voor het zorgkantoor.

#### **Wanneer 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 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;
- 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 keten zijn niet of onvoldoende geborgd;
- Bevindingen op basis van de integriteitstoets;
- Een of meerdere gegronde klachten bij zorgkantoor en/of zorgverzekeraar die ernstig van aard waren en waarover in het gesprek geen lerend effect duidelijk werd gemaakt;
- Het beeld vanuit het gesprek met bestuurder(s) en het bezoek op locatie is niet consistent met het ondernemingsplan.

Daarnaast weegt het zorgkantoor bij de beoordeling mee of er meerwaarde is van de nieuwe zorgaanbieder ten opzichte van het al bestaande zorgaanbod in de regio.

### **Positieve beoordeling**

Zorgaanbieders die correct hebben ingeschreven en die positief beoordeeld zijn, ontvangen een aanbod tot het sluiten van een overeenkomst (eventueel 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 bijlage 8.

### 7.3. Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027

De procedure voor de zorginkoop 2027 kent onderstaande tijdpad. Het tijdpad voor 2028 en 2029 publiceren wij te zijner tijd in de aanvulling op dit zorginkoopbeleid voor 2028 respectievelijk 2029.

**Let op:** voor de inschrijving in onze regio maken wij gebruik van het VECOZO-zorginkoopportaal.

Fase	Wie	Datum
Publicatie zorginkoopbeleid en landelijke visie	Zorgkantoor	1 juni 2026
Indienen van vragen ten behoeve van Nota van Inlichtingen	Zorgaanbieder	Uiterlijk 15 juni 2026 12:00 uur
Publicatie Nota van Inlichtingen	Zorgkantoor	1 juli 2026
Vervaltermijn voor kortgeding tegen zorginkoopbeleid inclusief Nota van Inlichtingen	Zorgaanbieder	21 juli 2026
Inschrijving nieuwe en bestaande zorgaanbieders via VECOZO zorginkoopportaal	Zorgaanbieder	Uiterlijk 31 juli 2026 17:00 uur
Bekendmaking definitieve vertrektariepercentages 2027 per cluster	Zorgkantoor	Uiterlijk 4 september 2026
Mogelijkheid tot gesprek over contractering en voorwaarden	Zorgkantoor/ zorgaanbieder	Uiterlijk 2 oktober 2026 afgerond
Vervaltermijn voor bezwaar en kortgeding tegen publicatie van de definitieve vertrektariepercentages	Zorgaanbieder	24 september 2026
Definitieve terugkoppeling/aanbieden overeenkomst	Zorgkantoor	Uiterlijk 23 oktober 2026
Vervaltermijn voor kortgedingprocedure tegen definitieve terugkoppeling	Zorgaanbieder	Uiterlijk 6 november 2026
Definitieve contractering	Zorgkantoor	Uiterlijk 13 november 2026

**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 uiterlijk tot en met 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 naar aanleiding van de inschrijving uiterlijk 31 juli 2026 17:00, 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.

### **Inschrijving via het VECOZO-zorginkoopportaal**

Voor de inschrijving maken wij gebruik van het zorginkoopportaal van VECOZO. Vanaf 1 juli 2026 is het VECOZO zorginkoopportaal beschikbaar. Via dit portaal dient u uw inschrijving bij ons in. De inschrijving sluit op 31 juli 2026 om 17.00 uur exact. Vul de inschrijving tijdig in en upload alle gevraagde documenten. Inschrijvingen die na de sluitingsdatum binnenkomen nemen wij niet meer in behandeling.

### **Voldoen uw VECOZO-certificaten?**

Voor de inschrijving heeft u een persoonlijk certificaat nodig dat is geautoriseerd voor de aanvraagmodule. Om de overeenkomst op een later moment te ondertekenen moet uw certificaat geautoriseerd zijn voor de contracteermodule. Meer informatie vindt u op de supportpagina van VECOZO: <https://www.vecozo.nl/support/zorginkoopportaal/algemeen/hoe-kan-ik-inloggen-op-het-zorginkoopportaal/>.

### **Kloppen uw gegevens bij Vektis nog?**

Het zorginkoopportaal maakt gebruik van de gegevens uit het AGB-register van Vektis. Als uw gegevens bij Vektis niet meer kloppen, kunt u niet verder met de inschrijving. Daarom adviseren wij u om aan de hand van uw AGB-code in het register te controleren of de volgende gegevens nog juist zijn:

- Naam organisatie
- Adres, postcode en plaats
- KvK-nummer

## **7.4. Indienen productieafspraken**

Met zorgaanbieders waarmee wij een overeenkomst sluiten maken wij afspraken over welke prestaties en volumes zij willen en kunnen leveren. Deze afspraken leggen wij vast in de overeenkomst.

De productieafpraak moet ook worden ingediend bij de NZa. De indieningsdatum bij de NZa is uiterlijk 13 november 2026.

# 8. Deze juridische kaders zijn van toepassing

Voor het inkoopkader en de contractering zijn juridische kaders van toepassing. In dit hoofdstuk lichten wij deze verder toe.

## 8.1. Geldigheidsduur van dit inkoopkader

Dit regionaal zorginkoopbeleid voor Midden-IJssel geldt voor de periode 2027 - 2029, met een optie tot verlenging van tweemaal een jaar. Deze looptijd van drie jaar is gekozen om ruimte te bieden voor meerjarige afspraken en om administratieve lasten te beperken.

Gedurende de looptijd publiceren wij jaarlijks een aanvulling op het zorginkoopbeleid. Deze jaarlijkse aanvullingen tijdens de looptijd van dit zorginkoopbeleid beperken zich in principe tot noodzakelijke aanpassingen als gevolg van nieuwe of gewijzigde wet- en regelgeving of beleidsontwikkelingen en de actualisering van onderdelen van dit zorginkoopbeleid die alleen betrekking hebben op 2027 (zoals procedures voor het betreffende jaar).

## 8.2. Vragen en/of bezwaren

Hieronder leest u meer over wat u kunt doen bij vragen over of bezwaren tegen dit zorginkoopbeleid.

### **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 2026 zijn zorgaanbieders tot uiterlijk 15 juni 2026 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 de inkoopprocedure en bijbehorende documenten.

Zorgkantoren beantwoorden de gestelde vragen uiterlijk op 1 juli 2026 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. U ontvangt een bevestiging per e-mail van de door u ingediende vragen.

### **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 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 vervaltermijn van 20 kalenderdagen voor het starten van een kortgedingprocedure**

Zorgaanbieders kunnen, als zij het niet eens zijn met het zorginkoopbeleid 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 Zwolle. Deze termijn is een vervaltermijn. 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 zorginkoopbeleid inclusief de Nota van inlichtingen – in rechte – op te komen. Een eventueel aangespannen kortgeding heeft geen schorsende werking voor definitieve contractering.

**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 Zwolle. 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 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 kort geding 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 door het stellen van vragen.

### 8.3. 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 of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die:

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

#### **Aanpassingen aan de procedure kunnen divers zijn**

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

- Gehele of gedeeltelijke aanpassing of opschorting van de procedure – tussentijds, tijdelijk of definitief – om redenen die voor ons overtuigend zijn. Hieronder verstaan wij 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 wij 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 wij niet konden voorzien;
- Het wijzigen van de tijdsplanning.

#### **Zorgkantoren nemen maatregelen richting zorgaanbieders wanneer hier aanleiding toe is**

Wanneer tijdens de looptijd van de overeenkomst blijkt dat zorgorganisaties afspraken niet nakomen, niet aan gestelde voorwaarden blijken te kunnen voldoen of hun financiële positie of kwaliteit onder druk staat, dan treffen zorgkantoren passende maatregelen. De aard van deze maatregelen wordt, eventueel met andere betrokken partijen zoals de IGJ, geduid aan de hand van de individuele situatie. De mogelijke maatregelen die door het zorgkantoor genomen kunnen worden, staan vermeld in de overeenkomst Wlz. Deze opsomming is niet-limitatief.

### 8.4. Algemeen voorbehoud bij dit zorginkoopbeleid

Wij publiceren dit zorginkoopkader op een moment waarbij er nog geen volledige duidelijkheid is over de beleidsregels voor 2027 en verder van de NZa en de voor de regio Midden IJssel beschikbare contracteerruimte. De datum voor de vaststelling van de tarieven voor 2027 is nog niet bekend, maar deze worden zeker niet voor 1 juli 2026 vastgesteld. Dit zorginkoopkader voor 2027-2029 is opgesteld zonder de implicaties van deze onzekerheden te kennen. Dat brengt met zich mee dat wij een algemeen voorbehoud maken bij dit zorginkoopkader vanwege mogelijk noodzakelijke aanpassingen als gevolg van deze nu nog onzekere ontwikkelingen.

# Bijlagen en afkortingen

Bij dit document behorende bijlagen

1. Visie op samen werken aan langdurige zorg 2027-2029
2. Landelijk beleidskader Wlz 2027 met bijlage aanvraagformat HLO-regiobudget
3. A. Overeenkomst Wlz 2027 - 2029  
B. Overeenkomst Wlz 2027
4. A. Bestuursverklaring Wlz 2027 met  
a. Bijlage opgave onderaannemers
5. Declaratieprotocol Wlz 2027
6. Voorschrift Zorgtoewijzing 2027 (volgt later dit jaar)
7. Onderbouwing vertrektariepercentages Wlz 2027 met bijlagen
8. Aan te leveren documenten nieuwe zorgaanbieders

Lijst van veel gebruikte afkortingen

ACP	-	Advanced Care Planning
AZWA	-	Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord
DOS	-	Domeinoverstijgende Samenwerking
GGz	-	Geestelijken Gezondheidszorg
Gz	-	Gehandicaptenzorg
HLO	-	Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg
IZA	-	Integraal Zorgakkoord
KIK-V	-	Keteninformatie Kerngegevens Verbeteren
LG	-	Lichamelijk Gehandicapten
MGZ	-	Medische Generalistische Zorg
MPT	-	Modulair Pakket Thuis
NHC	-	Normatieve Huisvestingscomponent
NZa	-	Nederlandse Zorgautoriteit
OCO	-	Onafhankelijke Clientondersteuning
PGB	-	Persoonsbonden Budget
VPT	-	Volledig Pakket Thuis
V&V	-	Verpleging en Verzorging (en thuiszorg)
VG	-	Verstandelijk Gehandicapten
VWS	-	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	-	Wet langdurige zorg
ZG	-	Zintuiglijk Gehandicapten

ZIN - Zorg in Natura  
ZZP - Zorgzwaartepakket