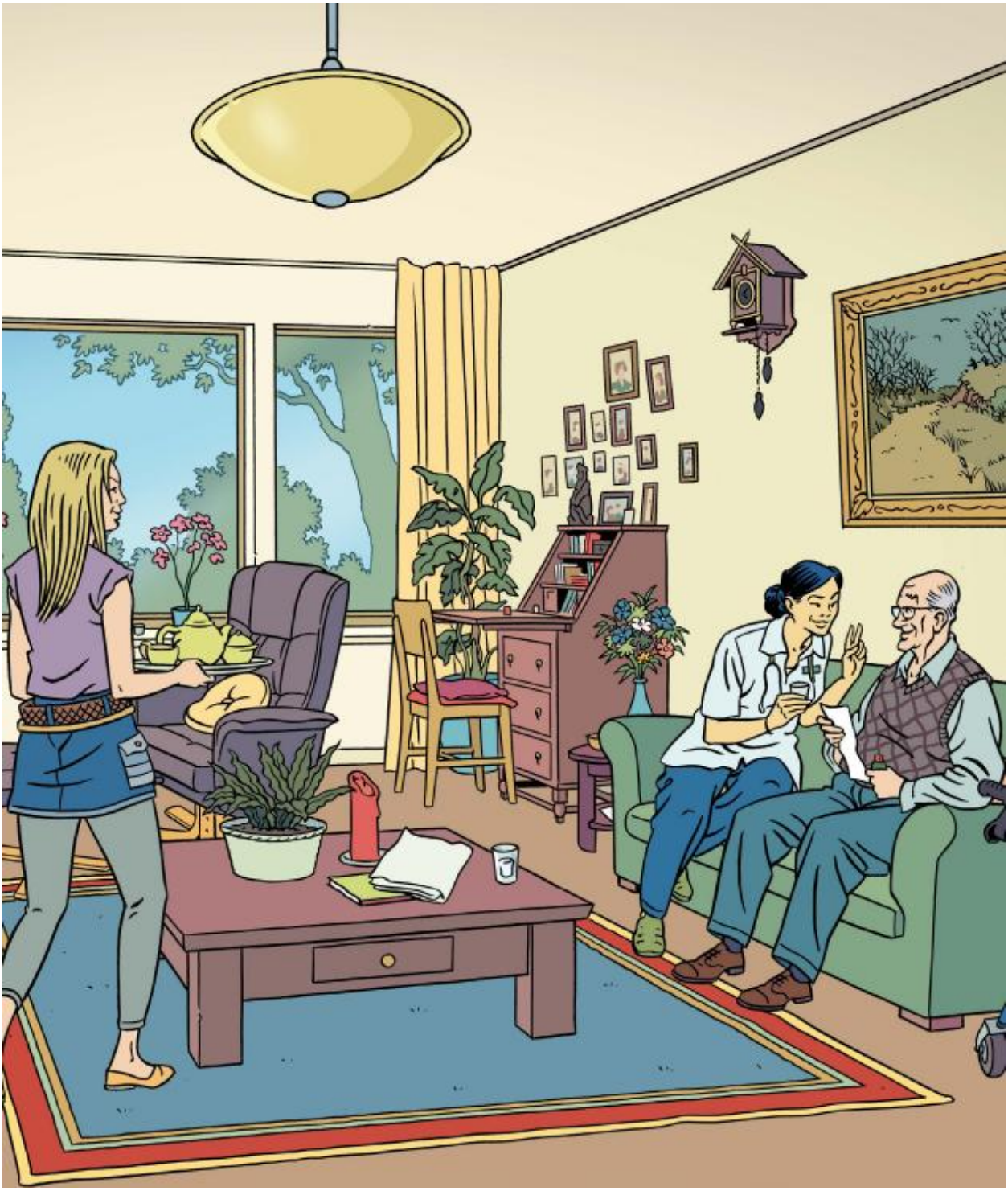
Contracteerbeleid Wlz 2027 - 2029 Zorgkantoor DSW
inzake ouderenzorg contractering 2027



Begrippen- en afkortingenlijst

ANW	Avond, nacht en weekend
DOS	Domeinoverstijgende Samenwerking
D-ZEP	Dementie met Zeer Ernstig Probleemgedrag
fte	Fulltime-equivalent
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GGZ-W	Geestelijke Gezondheidszorg inclusief Wonen
GZ	Gehandicaptenzorg
HLO	Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
MGZ	Medisch Generalistische Zorg
MPT	Modulair Pakket thuis
NHC	Normatieve huisvestingscomponent
NIC	Normatieve inventariscomponent
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
pgb	Persoonsgebonden budget
RIGA	Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord
SES	Sociaal-economische status
V&V	Verpleging en verzorging
VPT	Volledig Pakket Thuis
VWS	Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WSD	Westland, Schieland en Delfland
ZiN	Zorg in natura
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Voorwoord

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

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

Dit contracteerbeleid schetst de kaders waarbinnen het zorgkantoor zich de komende jaren inzet voor het realiseren van toegankelijke zorg. Onder meer door aanvaardbare wachttijden door tijdige zorgbemiddeling, het bevorderen van continuïteit van zorg, het bieden van oplossingen voor complexe casuïstiek en het borgen van een toekomstbestendig zorglandschap in de regio. Onderdeel in de totstandkoming van dit beleid zijn de gezamenlijke bijeenkomsten met regionale cliëntenraden en met zorgaanbieders. Tijdens deze bijeenkomsten hebben wij onze visie getoetst en de reacties hierop zijn meegenomen in de totstandkoming van dit beleid.

1. Inleiding

De langdurige zorg staat voor grote uitdagingen. De toegankelijkheid en betaalbaarheid staan steeds meer onder druk. Enerzijds door de complexer wordende zorgvraag en de afnemende beschikbaarheid van zorgpersoneel, anderzijds door onzekerheid en toenemende druk vanuit de Rijksoverheid op het financiële kader. We weten dat als we blijven doen wat we deden, we de toekomstige zorgvraag niet langer op een passende manier kunnen blijven beantwoorden.

Het zorgkantoor draagt de verantwoordelijkheid om de langdurige zorg in de WSD-regio te organiseren en te waarborgen. Deze verantwoordelijkheid hebben wij primair voor inwoners met een Wlz indicatie, maar reikt wat ons betreft verder. Het uitstellen of zelfs voorkomen van een (complexe) zorgvraag zien wij als belangrijk onderdeel om de langdurige zorg in de regio in de toekomst te kunnen blijven waarborgen. Dit vergt een transformatie in de zorg. Daarom focussen wij ons niet primair op de Wlz-zorg aan inwoners met een Wlz indicatie, maar ook op voorzieningen in het voorliggend domein die het doel hebben om het sociale netwerk om de inwoner heen te versterken. Wij zetten daarom in op een betere ondersteuning van dit netwerk, waaronder de mantelzorgers.

Om iedereen met een langdurige zorgvraag nu en in de toekomst tijdig van (passende) zorg te voorzien, moet de regio vooruitkijken en keuzes maken. Keuzes maken in welke zorg- en ondersteuningsvraag beantwoord moet worden met professionele zorg en welke op een andere manier, samen met de omgeving, kan worden. Maar ook keuzes maken die mogelijk op gespannen voet staan met bijvoorbeeld toetsingscriteria van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of die een doorontwikkeling vragen van de door de beroepsverenigingen opgestelde kwaliteitsnormen. Deze keuzes maken we zowel binnen de verschillende sectoren als sector- en domeinoverstijgend. Een goede domeinoverstijgende samenwerking met korte lijnen tussen alle stakeholders is daarom cruciaal. Als zorgkantoor staan wij daarom in nauw contact met onze gecontracteerde zorgaanbieders, gemeenten en welzijnspartijen, maar ook woningbouwcorporaties. We werken samen aan vraagstukken over de domeinen van de Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet heen om de zorg in de WSD-regio in de toekomst toegankelijk te houden. Regionaal wordt daarbij samengewerkt binnen het Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord (RIGA).
Het RIGA brengt alle partners in de WSD-regio samen en faciliteert daarmee de benodigde transformatie in de regio zonder zich te laten beperken door bestaande schotten en wet- en regelgeving. Wij geloven dat deze focus op de regio het verschil maakt.

Dit contracteerbeleid heeft als doel om onder andere de toegankelijkheid, passendheid, betaalbaarheid, doelmatigheid en kwaliteit en van (Wlz-)zorg te (blijven) waarborgen. Het is daarbij belangrijk duidelijkheid te geven over wat wij als zorgkantoor onder deze termen verstaan.

1.1 Toegankelijkheid

Het zorgkantoor spreekt over toegankelijkheid wanneer de cliënt binnen een redelijke termijn de zorg krijgt die hij nodig heeft of in staat wordt gesteld om dit middels een persoonsgebonden budget (pgb) in te kopen. Onder een redelijke termijn wordt hierbij aangesloten bij de landelijk vastgestelde streefnormen[1]**.** Dit kan zorg zijn die (nog) niet aan de wensen van de cliënt op het gebied van zorgaanbieder of leveringsvorm voldoet.
Via de contractering investeren wij in de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de regio. Concrete voorbeelden hiervan zijn: uitbreiding van complexe GGZ-W capaciteit en expertisecentra (kinderdagcentra in de gehandicaptenzorg en D-ZEP afdeling in de ouderenzorg). Daarnaast participeert het zorgkantoor in verschillende programmalijnen binnen het RIGA. Door binnen deze lijnen in te zetten

[1] Vanuit het Voorschrift Zorgtoewijzing

op innovatie en het versterken van het informele netwerk, voorkomen we of stellen we zwaardere zorg uit. Dit maakt het mogelijk dat cliënten vaker binnen de gestelde streefnormen geholpen kunnen worden.

1.2 Passendheid

Passendheid van zorg ontstaat wanneer de cliënt de zorg krijgt die hij nodig heeft, aansluitend op de indicatie en zorgvraag. Het krijgen van de noodzakelijke zorg zien wij als de kern van passende zorg in het kader van onze zorgplicht. Ook zorg in overeenstemming met zijn wensen en voorkeuren zien wij als element van passende zorg, maar beschouwen wij niet als kernelement. Een cliënt kan dus passende zorg ontvangen, ondanks dat dit niet volledig overeenkomt met de wensen en voorkeuren van de cliënt.

Het zorgkantoor beschouwt keuzevrijheid als belangrijk onderdeel van passendheid. Derhalve contracteren wij een veelzijdig zorgaanbod en zetten wij ons in om in alle gemeenten binnen onze regio keuzevrijheid te bieden. In gemeenten waar dit op onderdelen (nog) niet plaatsvindt, nemen wij dit op als ontbrekend zorgaanbod waarop partijen zich kunnen inschrijven. Dit leest u verderop terug onder ‘Contractering & Ontbrekend zorgaanbod’.

1.3 Doelmatigheid

De betaalbaarheid van de langdurige zorg staat onder druk. Een toename van het aantal zorgvragers leidt bij een continuering van de huidige werkwijze tot problemen in de betaalbaarheid en beschikbaarheid van de (langdurige) zorg. Daarnaast is er de afgelopen jaren geen stabiel beleid gevoerd vanuit de overheid. Er wordt continu een discussie gevoerd over het wel of niet doorvoeren van (extra) taakstellingen in de Wlz. Wij vinden dat meerjarige duidelijkheid essentieel is om continuïteit te borgen en transformeren mogelijk te maken. Het beoogde resultaat van deze transformatie is om meer mensen te helpen binnen de bestaande kaders van personele inzet en financiële middelen.

De benodigde transformatie moet indirect ook leiden tot een verbeterde doelmatigheid. Onder doelmatigheid verstaat het zorgkantoor het optimaal inzetten van schaarse middelen en menskracht om de grootst mogelijke maatschappelijke waarde en kwaliteit van leven te realiseren. Dit betekent dat zorg en ondersteuning worden geleverd op de meest passende plek en in de meest effectieve vorm, waarbij professionele inzet altijd aanvullend is op de eigen kracht en het sociale netwerk van de cliënt.

In de uitvoering hiervan moeten wij gezamenlijk kritisch blijven op de afbakening van zorg: we richten de schaarse professionele capaciteit op datgene wat echt noodzakelijk is. Zaken die tot het normale leven behoren of door het eigen netwerk opgelost kunnen worden, moeten niet onnodig gemedicaliseerd of geformaliseerd worden. Doelmatigheid houdt in dat we kritisch kijken naar de noodzaak van zwaardere leveringsvormen en verblijf; deze blijven gereserveerd voor cliënten voor wie dit, gezien de complexiteit van de zorgvraag, essentieel is om de veiligheid en de kwaliteit te waarborgen.

Het zorgkantoor heeft met de gecontracteerde zorgaanbieders de afgelopen jaren stappen gezet om de betaalbaarheid van de Wlz te borgen. Onder andere door het stimuleren van innovatie en het maken van zowel maatwerk- als resultaatafspraken. Dit blijven wij gedurende de looptijd van dit contracteerbeleid doen. Wij geloven erin dat een meerjarige samenwerking zonder tussentijdse onzekerheid in de financiële afspraken hieraan bijdraagt.

1.4 Kwaliteit

Kwaliteit van zorg is continu aan verandering onderhevig, zo ook in de Wlz. Decennialang is er gestreefd naar kwaliteitsverbetering. Regelmatig veranderde de zienswijze hoe dit te bereiken. Tot enkele jaren geleden was dat het toevoegen van (extra) personeel, waarbij de Fulltime-equivalent (fte)/cliënt ratio een belangrijke graadmeter voor kwaliteit was, en daarmee de focus op ‘zorg’. Inmiddels is duidelijk dat deze

kwaliteitsimpuls onhaalbaar is door de arbeidsmarkt. Niet langer wordt bij mensen met een zorg- of ondersteuningsvraag vooral gekeken wat er uit handen genomen kan worden, maar naar wat mensen en hun netwerk nog zelf en voor elkaar kunnen betekenen. Dit is een verschuiving van ‘zorgen voor’ naar ‘samen zorgen dat’. Inwoners, naasten, vrijwilligers en zorgprofessionals werken gelijkwaardig en betekenisvol samen aan het welzijn en welbevinden van de inwoners. Het sociale netwerk is daarom van groot belang om inwoners te ondersteunen bij hun hulp- en zorgvraag. Het zorgkantoor heeft daarmee ook de taak om het versterken van dit sociale netwerk te stimuleren en faciliteren.

Ook zorgaanbieders zetten steeds meer in op welzijn in plaats van zorg. Van kwaliteit van zorg naar kwaliteit van leven, in lijn met de herijkte landelijke kwaliteitskaders. Ontvangen van passende zorg is een factor die van invloed is op kwaliteit van leven maar zeker niet de voornaamste. Sociaal-economische factoren, de fysieke leefomgeving, gedrag en leefstijl maar ook de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning zijn hierbij belangrijke factoren. Het zorgkantoor werkt actief samen met alle partners in de regio op al deze factoren.

Het borgen van kwaliteit van zorg is primair de verantwoordelijkheid en expertise van de zorgprofessionals, waarbij organisaties handelen conform de geldende kwaliteitskaders. Als partner in de regio mag u van ons een betrokken en faciliterende houding verwachten. Onze rol is het monitoren van de situatie van de aanbieder, waarbij we de beweging naar kwaliteit van leven en netwerkversterking als vertrekpunt nemen. Via locatiebezoeken, gesprekken met zorgaanbieders, kwaliteitsplannen en rapportages halen we informatie op. Hierbij kijken we specifiek naar hoe de eigen kracht van de inwoner en de samenwerking met het sociale netwerk vorm krijgen, waarbij ook de cliëntervaring en de tevredenheid van het personeel essentiële indicatoren zijn.

1.5 Visie op contracteren

De jarenlange samenwerking in de regio zorgt voor vertrouwen en daarmee ruimte voor meerjarige overeenkomsten die ruimte geven om te kunnen transformeren. Dit is de afgelopen jaren bevestigd in de regio. Het voortborduren op deze onderlinge afspraken en relaties is de insteek van dit contracteerbeleid. Daarbij heeft het merendeel van de gecontracteerde zorgaanbieders een lopende meerjarenovereenkomst tot en met 2028.
We zullen onze contractering om deze redenen niet substantieel anders inrichten dan het aflopende contracteerbeleid. Het meerjarig perspectief geeft zorgaanbieders de ruimte om door te kunnen ontwikkelen, voorkomt onzekerheid en stelt de zorgaanbieders in staat om de focus te leggen op de benodigde transformatie. Gezamenlijke indicatoren zijn hierbij zowel nodig als helpend.

We zien dat de huidige bekostigingsstructuur in de Wlz de beoogde beweging onvoldoende faciliteert. Wij blijven stappen zetten om de langdurige zorg naar de toekomst toe op een andere wijze te bekostigen dan op dit moment het geval is. Geen prijs afgezet tegen volume, maar een lumpsum financiering passend bij de zorgplicht van zorgaanbieders en zorgkantoor. Dit geeft uw instelling de benodigde flexibiliteit om zorg op maat te leveren zonder aanvullende registratielasten. De verantwoording vindt plaats op basis van vertrouwen en transparantie, ondersteund door monitoring via gezamenlijk vooraf vastgestelde indicatoren.

2. Ouderenzorg (V&V)

2.1 Ontwikkelingen in de sector

Door de dubbele vergrijzing neemt de zorgvraag toe. Dit terwijl de beschikbaarheid van personeel al onder druk staat. Deze uitdagingen hebben de komende jaren in toenemende mate impact op de toegankelijkheid van de ouderenzorg. Enerzijds dwingt dit tot het maken van keuzes en anderzijds vraagt dit om zekerheid en comfort. We moeten in gezamenlijkheid keuzes maken die versnippering van zorg tegengaan en de beschikbare medewerkers zo goed mogelijk inzetten. Maar ook keuzes in wie, waar, welke taken op zich neemt en op welke wijze. Wat is in de toekomst nog 'zorg' en waarin kunnen medewerkers worden ontlast?
Het is van belang om ouderen zoveel mogelijk samen te brengen en samen te laten leven, met een versterkt informeel netwerk dat omkijkt naar elkaar. Hiermee wordt ook het potentieel van de ouderen zelf benut. Tot slot investeren we in innovatie op zowel technologisch, zorginhoudelijk en procesmatig gebied. Deze transformatie vraagt om samenwerking, zowel binnen de sector als domeinoverstijgend. Dit verwachten wij van zorgaanbieders, maar mag andersom ook van het zorgkantoor verwacht worden.

2.2 Wat verwachten wij van onze zorgaanbieders

Extramuraliseren

In lijn met het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) is het uitgangspunt dat extramurale zorg voorliggend is op intramurale zorg. Modulair Pakket Thuis (MPT) is voorliggend aan Volledig Pakket Thuis (VPT) en VPT aan Zorgzwaartepakket (ZZP). Deze werkwijze vraagt een andere organisatie van de ouderenzorg, zowel thuis in de wijk als in het verpleeghuis en alles daartussenin. Om langer thuis te kunnen blijven wonen, moet aan alle randvoorwaarden worden voldaan zoals beschreven in *Bijlage 2 - Landelijk beleidskader Wlz 2027*. De voornaamste randvoorwaarden voor verantwoorde zorg in de thuissituatie zijn:

- Volledige dekking van avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg);
- Volledige dekking van medisch generalistische zorg (MGZ);
- Voldoende logeerzorg;
- Coördinatie van beschikbare regionale capaciteit.

Transformeren

De transformatie van zorg heeft betrekking op de zorg die zowel intramuraal als extramuraal geboden wordt. Het vraagt om innovatief werken waarin de cliënt, het netwerk en de medewerkers centraal staan. Voorbeelden zijn technologische innovaties, verlagen van administratieve lasten, herijking zorgpaden en mantelzorgondersteuning.
Deze transformatie vraagt daarmee ook wat anders van zorgaanbieders en medewerkers. In de kern gaat het om een cultuurverandering: het durven loslaten van bestaande patronen en het vinden van een nieuwe balans in de samenwerking tussen cliënt, netwerk en professionele zorg.

Wij verlangen van zorgaanbieders dat zij, bij voorkeur in gezamenlijkheid, initiatieven ontwikkelen en opschalen ten gunste van het sociale netwerk van de cliënt. Maar ook breder op de beweging om de zelfredzaamheid van de cliënt en het netwerk te vergroten. Dat kan specifiek gericht zijn op hulpmiddelen en technologie, maar ook op de cultuurverandering die nodig is. Het is situatieafhankelijk of financiering voortkomt uit het transformatiemiddelen, regiomiddelen domeinoverstijgend samenwerken of reguliere bekostiging.

Innovatie

Het zorgkantoor ziet innovatie en de optimalisatie daarvan als cruciaal middel in de toekomstbestendigheid van de Wlz. Innovatie is daarom onlosmakelijk verbonden met de benodigde

transformatie van zorg. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij bewezen initiatieven inzetten en opschalen en daarnaast, binnen de mogelijkheden van de organisatie, gericht inzetten op de ontwikkeling van nieuwe innovaties.

Bewezen effectieve innovaties: Inzetten van bewezen technologieën en werkwijzen. Wij verwachten van alle zorgaanbieders dat zij zich vanuit de reguliere financiering maximaal inzetten om te optimaliseren. Concreet betreft het hier de inzet van arbeidsbesparende technologieën (voorbeelden zijn: medicijndispenser, oogdruppelbril, hulpmiddel voor steunkousen, spraakgestuurd rapporteren en beeldzorg).

Nieuwe innovaties: de ontwikkeling van en implementatie van nieuwe innovaties. Zorgaanbieders onderzoeken de effecten van de innovatie en de randvoorwaarden om op te schalen. Hiermee bewerkstelligen we dat de innovatie in de toekomst onder optimalisatie valt en daarmee breed beschikbaar wordt gesteld. De randvoorwaarden om voor aanvullende financiering in aanmerking te komen, zijn terug te lezen in het hoofdstuk ‘Contractering 2027-2029’.

Samen voor de regio

Transformeren doen we niet zelfstandig, samenwerken is hierin randvoorwaardelijk. Keuzes in strategie en capaciteit moeten in samenhang met de regio worden bezien. Dit doen we onder andere binnen het RIGA. Hierbij is het noodzakelijk om niet uitsluitend te handelen vanuit het perspectief van het individu maar in het belang van het collectief.

De zorgaanbieder als goede werkgever

Goed werkgeverschap zien wij als essentieel onderdeel voor een toekomstbestendige ouderenzorg. De continuïteit en toegankelijkheid van zorg valt of staat bij vitale medewerkers die met plezier hun vak uitoefenen en dit kunnen blijven doen. Wij zien het behoud van medewerkers, werkplezier en vitaliteit als de fundamenten voor een gezonde en gemotiveerde beroepsgroep. Dit betekent dat de zorgaanbieder:

- proactief investeert in duurzame inzetbaarheid van hun medewerkers;
- een werkcultuur organiseert waarin professie en eigen regie van zorgverleners centraal staan;

gericht inzet op het behoud van personeel door vitaliteit en werkplezier structureel te borgen in de organisatie.

2.3 Wat mogen zorgaanbieders verwachten van het zorgkantoor

Het zorgkantoor is zich er terdege van bewust dat de vraagstukken in de sector groot zijn en de weg naar de benodigde transformatie ingewikkeld is. Wij willen hierin maximaal faciliteren. Wij beschouwen onszelf niet uitsluitend als financier, maar als samenwerkingspartner. Een partij die actief goede voorbeelden deelt en zorgaanbieders aan elkaar kan verbinden. Dit doen wij bijvoorbeeld als deelnemer binnen het RIGA maar ook door het beschikbaar stellen van (tijdelijke) aanvullende financiering ten behoeve van innoveren (transformatiebudget).
Hieronder valt ook het landelijke regiobudget (HLO), waarmee zorgaanbieders ondersteund worden bij het realiseren van toekomstbestendige oplossingen. De voorwaarden voor de aanvraag, beoordeling en verantwoording van deze middelen zijn conform de landelijke afspraken opgenomen in paragraaf 3.3 van *Bijlage 2 - Landelijk beleidskader Wlz 2027*.

Het samenwerken met het netwerk is onlosmakelijk verbonden met de professionele zorg. Het is daarom van belang dat het netwerk ondersteund wordt zodat de situatie thuis houdbaar blijft. Wij stimuleren en ondersteunen daarom initiatieven die hieraan bijdragen, zoals de uitbreiding van de logeerfunctie. Om dit effectief mogelijk te maken, maken wij hiertoe passende afspraken, die onder *contractering* nader worden toegelicht.

Het zorgkantoor beseft dat de beweging naar langer thuis leidt tot een toenemende complexiteit van de zorgvraag in de thuissituatie. Om de kwaliteit en toegankelijkheid van deze zorg te borgen, zet het zorgkantoor zich samen met het RIGA in op een regionale aanpak. Hierbij geven wij gezamenlijk invulling aan het Convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ) en de waarborging van de 24/7 beschikbaarheid van zorg.
Om tijdig te kunnen anticiperen op situaties waarin de huidige zorg/ondersteuning (tijdelijk) niet langer passend is, is intensieve regionale samenwerking essentieel. Dit vereist inzicht in en coördinatie van de beschikbare capaciteit. In onze regio borgen wij dit via de Coördinatiefunctie WSD. Hiermee voorkomen we onnodige wachttijden en realiseren we een snelle doorstroom naar de juiste plek.

2.4 Contractering & ontbrekend zorgaanbod

Visie op contractering

Het zorgkantoor ziet vertrouwen en zekerheid als randvoorwaardelijke factoren voor de sector om te kunnen transformeren. Naast het bieden van een meerjarenovereenkomst willen we ons ook maximaal inzetten om de bekostiging aan te laten sluiten bij de transformatie. Dit betekent dat wij maximaal in zullen zetten op de ontwikkeling van alternatieve bekostigingsvormen, ook extramuraal.
Bij verzoeken of noodzaak tot uitbreiding van capaciteit wordt in lijn met het HLO gehandeld en gaat het zorgkantoor hierin primair in gesprek met de reeds gecontracteerde zorgaanbieders. De voornaamste reden hiervoor is om verdere versnippering te voorkomen. Bij uitbreidingsverzoeken en/of aanvullende zorgvormen zal de afweging gemaakt worden op basis van de beoogde doelgroep, leveringsvorm, gemeente en de borging van de benodigde randvoorwaarden. Nieuwe zorgaanbieders zullen door het zorgkantoor uitsluitend worden gecontracteerd indien zij voorzien in een ontbrekende regionale zorgbehoefte.

Transformatie van zorg

We moeten toe naar een beweging waarin meer mensen met een zorg- en ondersteuningsbehoefte door maximaal een gelijk aantal zorgverleners worden geholpen. Om deze beweging te monitoren zal het zorgkantoor de zorg in de thuissituatie nauwkeurig monitoren en hierover onderling het gesprek aangaan. Een daling van het gemiddeld aantal uren zorg per cliënt is de vereiste beweging.
Daarnaast moet een keuze gemaakt worden voor welke cliënten intramurale capaciteit beschikbaar is en moet een stap gezet worden naar alternatieve woonvormen.
Voor de intramurale zorg zien we dat als gevolg van de complexere zorgvraag, de ZZP/VPT-mix jaarlijks blijft toenemen. Dat we als zorgkantoor deze stijging blijven financieren is geen zekerheid meer. Enerzijds omdat het personeelsbestand, in zowel omvang als disciplines en daarmee kosten, niet meegroeit met de stijging van de ZZP/MPT-mix. Anderzijds omdat de regionale contracteerruimte in toenemende mate onder druk staat.

(On)geclusterde VPT

Overeenkomstig het HLO is het MPT voorliggend op VPT in de thuissituatie. Om die reden zal het zorgkantoor op voorhand geen ongeclusterd VPT contracteren. We zijn ons echter wel bewust van de administratieve lasten van het MPT en dat VPT ruimte kan bieden om de zorg anders te organiseren. Indien we om voorgaande redenen wel overgaan tot het contracteren van VPT dan zal dit tegen een sterk gereduceerd tarief zijn, wat als uitgangspunt kent dat de vergoeding per dag gelijk is aan hetgeen in MPT geleverd wordt.

Ontbrekend zorgaanbod (V&V)

Voor de thuiswonende cliënten in de V&V zien we dat bijna alle cliënten gebruik (kunnen) maken van hun indicatie. We zien daarnaast dat cliënten in de WSD-regio keuzevrijheid hebben in verschillende zorgaanbieders voor bijna alle specifieke zorgsoorten binnen het modulaire pakket thuis (MPT).

Uitzondering hierop is dagbesteding in de gemeenten Delft en Westland. Wij staan derhalve open voor initiatieven die de keuzevrijheid van dagbesteding in de genoemde gemeenten vergroot.

De afgelopen jaren hebben zorgaanbieders, het zorgkantoor en gemeenten woon-zorg convenanten gesloten. In deze convenanten is de benodigde capaciteit naar de toekomst toe weergegeven. Door verandering van het politieke landschap en de gewijzigde visie op de organisatie van de ouderenzorg is herijking van de systematiek noodzakelijk. Ondanks het nog ontbreken van deze herijking, is het zorgkantoor ervan overtuigd dat de reeds afgesproken uitbreiding in capaciteit (ZZP/VPT/MPT) niet afdoende is. Daarom beschouwt het zorgkantoor het woonzorgaanbod in de V&V sector in enkele gemeenten naar de toekomst toe als ontoereikend en staat daarmee open voor nieuwe initiatieven. In de beoordeling van deze initiatieven zal enerzijds het HLO centraal staan en anderzijds de wachtlijstdruk per gemeente. Op dit moment is de wachtlijstdruk, reeds gecorrigeerd voor overeengekomen capaciteitsuitbreiding, het hoogst in Delft, Midden-Delfland, Westland en Pijnacker-Nootdorp.

Mantelzorgondersteuning

Zoals eerder beschreven richt onze contractering zich niet uitsluitend op de zorgverlening van zorgaanbieders aan de cliënt maar ook aan hun sociale netwerk. Dit netwerk is een steunpilaar voor cliënten en kan het mogelijk maken om langer (zelfstandig) thuis te wonen. Het is daarbij belangrijk om aandacht te hebben voor de behoeften van dit sociale netwerk. Logeren zien wij als een goed initiatief ter ondersteuning van het sociale netwerk. Daarom zullen wij vanaf 2027 uitbreiding van logeercapaciteit financieren tegen het daarvoor geldende maximale NZa tarief.

Persoonsgebondenbudget (pgb)

Een groot deel van de cliënten die, in samenspraak met hun netwerk, hun Wlz indicatie (deels) verzilveren middels pgb kiezen hier bewust voor. Echter, er zijn initiatieven waarbij de leveringsvorm automatisch wordt bepaald door het aanbod, hetgeen wij onwenselijk achten. Deze initiatieven worden gefinancierd via een pgb maar functioneren feitelijk als ZiN. Dit kunnen woonvoorzieningen zijn, maar ook specifieke dagbestedingslocaties. Het zorgkantoor zet voor deze initiatieven in op contractering via ZiN. De uitgangspunten staan beschreven in het hoofdstuk ‘Contractering 2027-2029’.

Geclusterde wooninitiatieven

In lijn met ons voorgaande contracteerbeleid zal het zorgkantoor geen aanvullende VPT capaciteit contracteren waarbij de huur- en servicecomponent gemiddeld genomen hoger ligt dan op basis van de gemiddelde sociaal-economische status (SES) van ouderen in onze regio verwacht mag worden. Hiermee borgen wij dat (nieuwe) geclusterde wooninitiatieven financieel toegankelijk zijn en blijven voor de brede populatie in onze regio.

3. Contractering 2027-2029

3.1 Financiële afspraak

Een groot deel van de gecontracteerde zorgaanbieders heeft een doorlopende overeenkomst tot 1 januari 2029. Onderdeel van deze overeenkomst is het overeengekomen tariefpercentage. Voor partijen met een doorlopende overeenkomst zal daarom geen gesprek volgen over het tariefpercentage gedurende de looptijd van de overeenkomst, maar gelden de tarieven zoals reeds overeengekomen inclusief bijbehorende afspraken. De totstandkoming van het jaarlijkse budget wordt op dezelfde wijze als voorgaande jaren vormgegeven. Meer informatie hierover vindt u in bijlage 1.
Uitzondering op bovenstaande geldt wanneer een andere vorm van bekostiging is overeengekomen.

Zorgaanbieders waarmee wij een overeenkomst hebben tot 31 december 2026 beschouwen wij, ten aanzien van het jaar 2027, niet als een nieuwe zorgaanbieder. Deze categorie zorgaanbieders heeft de mogelijkheid tot voortzetting van de aflopende overeenkomst inclusief de daarin overeengekomen voorwaarden, waaronder het tariefpercentage. Uitsluitend in het geval dat een zorgaanbieder aan kan tonen dat voortzetting van de huidige afspraken tot een onrendabele bedrijfsvoering leidt en wanneer de zorgaanbieder een positieve bijdrage levert aan de beschreven transformatie van zorg, treden wij in gezamenlijkheid in overleg over aanpassing van de huidige contractvoorwaarden. Indien van toepassing, betrekt het zorgkantoor ook het resultaat op de componenten huur en service en dus niet alleen op zorg. Randvoorwaardelijk dient de zorgaanbieder te voldoen aan de pijlers onderliggend aan dit contracteerbeleid. De concrete uitvoering hiervan vindt u in onze monitor die als losse bijlage[2] is toegevoegd bij dit contracteerbeleid. De monitor is een gespreksinstrument en geen tariefmodel.

Met nieuwe zorgaanbieders[3] en zorgaanbieders nieuw in de regio[4] wordt een eenjarige overeenkomst afgesloten, waarbij voor 2027 een tariefpercentage van 91% van het NZa-tarief geldt. Hiermee continueren we het voorgaande contracteerbeleid.
Voor zorgaanbieders die de overstap maken van pgb naar zorg in natura wordt de financiering gelijkgesteld aan de financiering die beschikbaar was in pgb (jaarbudget inclusief toeslagen).

3.2 Resultaatafspraken & alternatieve bekostigingsvormen

In lijn met het voorgaande contracteerbeleid (2024-2026) verplichten wij zorgaanbieders om gedurende de looptijd van de huidige overeenkomst een resultaatafspraak overeen te komen. Deze resultaatafspraak zal tevens een integraal onderdeel uitmaken van een eventueel nieuwe overeenkomst met het zorgkantoor.

Het zorgkantoor is daarnaast van mening dat de huidige bekostiging niet ondersteunend is in de benodigde ontwikkelingen in de langdurige zorg. Het brengt een onnodige registratie- en verantwoordingslast met zich mee die niet past in de langdurige zorg. Wij zijn daarom groot voorstander van een wijziging in bekostiging. Hierover zijn wij al een aantal jaren in gesprek met onze regionale systeempartijen. Onze insteek blijft om met deze partijen voor afloop van de huidige overeenkomst over te gaan op een vorm van lumpsum financiering. Dit kan in verschillende vormen, en is afhankelijk van de individuele zorgaanbieder.

---

[2] De monitor is te vinden op de website van Zorgkantoor DSW: https://www.zorgkantoordsw.nl/Zorgaanbieders/Zorgcontractering/Contracteerbeleid/2027
[3] Nieuwe zorgaanbieders: Nieuwe zorgaanbieders zijn gedefinieerd als zorgaanbieders die in 2026 met geen enkel zorgkantoor een Wlz-overeenkomst hebben.
[4] Zorgaanbieders nieuw in de regio: Zorgaanbieders nieuw in de regio worden gedefinieerd als zorgaanbieders met een overeenkomst in 2026 in een andere zorgkantoorregio dan de WSD-regio.

3.3 Transformatiemiddelen

De afgelopen jaren heeft het zorgkantoor een innovatiebudget ter beschikking gesteld. Innovatie zien wij, zoals aangegeven, als een belangrijk middel om de zorg toegankelijk en beschikbaar te houden; nu en in de toekomst. Het doel van het innovatiebudget is deze beweging te stimuleren, waarbij zo veel mogelijk aangesloten werd bij de organisatieontwikkeling van onze zorgaanbieders. Deze stimulans continueren wij gedurende de looptijd van dit beleid. Het maximumbedrag dat per zorgaanbieder beschikbaar is, betreft een opslag ter hoogte van 0,25% van de productieafspraak met de zorgaanbieder per jaar en is afhankelijk van het beschikbare Wlz-regiobudget. Hierbij geldt altijd dat financiering van reguliere zorg voorrang heeft op de financiering van innovaties. Om in aanmerking te komen voor een innovatiebudget dient de zorgaanbieder dit kenbaar te maken aan de relatiebeheerder van het zorgkantoor. Wij verwachten hierbij een aanvraag van de zorgaanbieder met minimaal een beknopte inhoudelijke beschrijving, doel en resultaten, tijdslijn aangevuld met een kosten-batenanalyse en een koppeling met de resultaatafspraak. Daarnaast moet de zorgaanbieder minimaal twee bewezen effectieve innovaties geïmplementeerd hebben alvorens in aanmerking te komen voor aanvullend innovatiebudget. Hierbij wordt aangesloten bij de op dat moment geldende landelijke standaarden en lijsten (zoals Digizo.nu of de dan geldende rechtsopvolger). De doelen van de beoogde innovatie(s) moet(en) in lijn liggen met de sectorspecifieke thema’s zoals beschreven in het voorgaande hoofdstuk.
Tot slot, het zorgkantoor heeft de nadrukkelijke wens om als regio in gezamenlijkheid te transformeren. Derhalve heeft een aanvraag waar meer dan een partij bij betrokken is onze voorkeur.

3.4 Domeinoverstijgend samenwerken

Domeinoverstijgend samenwerken is cruciaal om de beschreven transformatie te realiseren. Gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars werken samen aan de zorg voor en met elkaar. De Wet Domeinoverstijgende Samenwerking is vanaf 1 januari 2026 van kracht en biedt financiële ruimte voor zorgkantoren om afspraken te maken over de zorgdomeinen heen. Door te investeren in preventieve maatregelen kunnen mensen onder andere langer in hun vertrouwde omgeving blijven wonen en kan Wlz zorg uit- of afgesteld worden. Initiatieven met een beoogde financiering vanuit de DOS middelen kunnen worden aangedragen bij het zorgkantoor. De specifieke randvoorwaarden hiervoor worden momenteel landelijk vastgesteld.

3.5 Krapte in het regiobudget

Het zorgkantoor beschikt over een regionaal budget waarmee de langdurige zorg in onze regio gefinancierd moet worden. Dit regiobudget staat in toenemende mate onder druk. Onder krapte van het regiobudget verstaat het zorgkantoor een tekort aan regionale contracteerruimte in relatie tot de verwachte totale regionale realisatie van de geleverde zorg. Bij krapte in het regionale budget zijn wij genoodzaakt keuzes te maken in de verdeling van deze middelen. In het maken van deze keuzes staan toegankelijkheid en doelmatigheid centraal. Onze concrete uitwerking vindt u terug in bijlage 2.

Bijlage 1 - Financiële afspraken & overige punten tariefstelling

Volume

Voor de bepaling van het volume hanteert het zorgkantoor de volgende werkwijze. Voor zorgaanbieders met intramurale capaciteit geldt dat de overeengekomen capaciteit voortvloeit uit de bestaande capaciteit en de nog te realiseren capaciteit waar het zorgkantoor reeds akkoord voor heeft gegeven. Gedurende het contracteringsproces zal de intramurale capaciteit (meerjarig) worden vastgesteld.
Het volume voor extramurale zorg wordt berekend door de aantallen uit de meest recente herschikking (jaar T-1) te vermenigvuldigen met de tariefstelling van het aankomende jaar (jaar T) volumegarantie.

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

V&V	90%
GZ	95%
GGZ	95%

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

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

Overige punten inzake tarief

Totstandkoming tarieven intramurale prestaties[5]

- Overeengekomen tariefpercentage * zorgdeel ZZP/VPT + NHC/NIC * 100%. Het tarief wordt naar beneden afgerond op 2 decimalen.

Totstandkoming tarieven extramurale prestaties

Zorgprestaties waarbij het maximale NZa tarief wordt vastgesteld op tijdseenheid ‘uur’ worden omgerekend naar minuuttarieven omdat deze zorgprestaties per minuut gedeclareerd dienen te worden. In de bepaling van de financiële afspraak van jaar T wordt de daadwerkelijk declaratiewaarde als uitgangspunt gehanteerd.

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

Overlap voorliggende domeinen:

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

[5] Uitzondering op deze systematiek zijn de zorgproducten: logeren en crisiszorg. Daarnaast is het in afwijkende situaties mogelijk dat er maatwerkafspraken gemaakt worden op specifieke zorgproducten voor een individuele zorgaanbieder.

Bijlage 2 - Keuzes bij krapte regiobudget

Het zorgkantoor beschikt over een regionaal budget waarbinnen de langdurige zorg in onze regio gefinancierd moet worden. Dit regiobudget staat in toenemende mate onder druk. Bij krapte binnen het regionale budget zijn wij genoodzaakt keuzes te maken in de verdeling van deze middelen. In het maken van deze keuzes staan toegankelijkheid en doelmatigheid centraal. De volgende correctiemaatregelen zijn op volgorde van prioritering vastgesteld.

1. **ZZP/VPT-mix**

Bij het vaststellen van de initiële financiële afspraak, specifiek de intramurale zorg, in jaar T wordt de verwachte zorgverlening ten tijde van de herschikking uit jaar T-1 afgezet tegen prijspeil uit jaar T. Gedurende jaar T kan de zorgvraag complexer worden doordat de mix van cliënten wijzigt. Bij een financieel tekort wordt in de vaststelling van de definitieve afspraak voor jaar T teruggevallen op de ZZP/VPT-mix uit de vaststelling van de initiële financiële afspraak voor jaar T.

2. **Maximeren van intramurale capaciteit**

Het zorgkantoor en de zorgaanbieder zijn een maximale intramurale capaciteit overeengekomen. Bij een financieel tekort wordt overschrijding van deze intramurale capaciteit niet meegenomen in de financiële afspraak.

3. **Crisiszorg**

De crisisplaatsen worden gefinancierd op basis van 100% bezetting. Bij een financieel tekort stelt het zorgkantoor het aantal crisisplaatsen neerwaarts bij op basis van feitelijke bezetting. Het tarief wordt vastgesteld door het tarief uit jaar T-1 te indexeren met de door de NZa jaarlijks vastgestelde indexatie.

4. **LG in de V&V**

ZZP’s LG binnen de V&V sector worden afgesproken inclusief dagbesteding en kunnen ook als zodanig geregistreerd worden. Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor dit beleid gedurende het jaar te wijzigen.

5. **Palliatieve zorg**

Het declareren van ZZP VV10 is toegestaan indien de zorgaanbieder beschikt over een palliatieve unit en van oudsher een afspraak met het zorgkantoor heeft gemaakt over palliatieve intramurale zorg. Het zorgkantoor maximeert de realisatie op ZZP VV 10 gelijk aan de omvang van het aantal overeengekomen palliatieve plaatsen.

6. **Overproductie MPT**

Overproductie als gevolg van een toename van het gemiddeld aantal uren zorg- en ondersteuning per cliënt per maand wordt niet gefinancierd. Dit betreft een toename van de gemiddelde ureninzet in jaar T van de individuele zorgaanbieder ten opzichte van het gemiddelde in jaar T-1.

7. **Doelmatigheid MPT**

Gedurende het jaar toetst het zorgkantoor de doelmatigheid van de geleverde MPT-zorg. Indien de inzet het regionale gemiddelde overstijgt, volgt een correctie tot maximaal dit gemiddelde.
Bij deze beoordeling wordt rekening gehouden met de specifieke sector waarin de prestaties worden geleverd.

8. Meerzorg

Meerzorg wordt ten tijde van de vaststelling van de initiële financiële afspraak voor jaar T vastgesteld op basis van de afgegeven beschikkingen voor jaar T. Dit wordt in tijden van krapte als maximum gehanteerd in de vaststelling van de definitieve afspraak voor jaar T.

Bijlage 3 - Proces Zorgcontractering

Schematisch verloop en planning

Het zorgkantoor hanteert deadlines in het contracteerproces 2027. Schematisch verloopt het proces van zorgcontractering voor een overeenkomst per 1 januari 2027 als volgt:

Fase	Datum
Publiceren contracteerbeleid Wlz 2027-2029	1 juni 2026 12:00 uur
Indienen van vragen t.b.v. Nota van Inlichtingen[6]	Tot uiterlijk 15 juni 2026 12.00 uur
Publiceren Nota van Inlichtingen	1 juli 2026
Vervaltermijn kortgeding tegen contracteerbeleid incl. Nota van Inlichtingen	21 juli 2026
Indienen offerte nieuwe zorgaanbieders en bestaande zorgaanbieders met een eenjarige overeenkomst	Uiterlijk 31 juli 2026 17:00 uur
Bekendmaken uitkomst beoordeling offerte door het zorgkantoor	Uiterlijk 23 oktober 2026
Vervaltermijn kortgeding tegen uitkomst beoordeling offerte door het zorgkantoor	6 november 2026
Indienen budgetformulier bij de NZa	13 november 2026

Voorwaarden overeenkomst en indiening offerte

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

1. Bestaande zorgaanbieders met een eenjarige Wlz-overeenkomst 2026 met Zorgkantoor DSW;
2. Zorgaanbieder nieuw in de regio (wel een Wlz-overeenkomst in 2026 in een andere zorgkantoorregio dan WSD);
3. Geheel nieuwe zorgaanbieder (nog geen Wlz-overeenkomst in 2026 elders).

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

In bijlage I staat welke documenten de verschillende categorieën zorgaanbieders moeten indienen om een overeenkomst voor 2027 (-2029) te kunnen verkrijgen.

Voorwaarden overeenkomst

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

[6] Het proces om vragen te stellen in het kader van de Nota van Inlichtingen is 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.

Proces
Het zorgkantoor maakt voor de contractering voor 2027 en verder gebruik van het Zorginkoopportaal van VECOZO. Vanaf 1 juli 2026 is het VECOZO portaal geopend. Bestaande aanbieders met een eenjarige overeenkomst ontvangen vanuit VECOZO een bericht. Nieuwe aanbieders (in de regio) kunnen een mail sturen met vermelding van de AGB-code naar contractering.wlz@dsw.nl waarna tevens een bericht vanuit VECOZO wordt gestuurd. De zorgaanbieder dient de offerteaanvraag uiterlijk 31 juli 2026, voor 17:00 uur in te dienen via de uitvraagmodule in het Zorginkoopportaal. Om in te loggen in het zorginkoopportal heeft u een persoonlijk VECOZO certificaat nodig dat geautoriseerd is voor de uitvraagmodule van het Zorginkoopportaal. Voor meer informatie over het inloggen op de uitvraagmodule verwijzen wij u naar de website van VECOZO, te bereiken via https://www.vecozo.nl/support/zorginkoopportaal/

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

De zorgaanbieder die een offerteaanvraag indient, wordt geacht kennis te hebben genomen van en onvoorwaardelijk te hebben ingestemd met de toepasselijkheid en inhoud van het Contracteerbeleid Wlz 2027 - 2029 Zorgkantoor DSW inzake contractering 2027 en alle daarbij behorende documenten zoals gepubliceerd op onze website. Alle aangeleverde documenten behorende bij de offerteaanvraag zijn in de Nederlandse taal opgesteld.

Het zorgkantoor heeft contracteerbeleid met alle bijbehorende bijlagen met zorg samengesteld. Indien een aanvrager meent dat informatie of een bepaling in dit beleid onjuist, onrechtmatig of op andere wijze onregelmatig is, dient de aanvrager uiterlijk 15 juni 2026 voor 12:00 uur Zorgkantoor DSW schriftelijk te attenderen op die vermeende onjuistheid, onrechtmatigheid of onregelmatigheid anderszins.

Zorgaanbieders kunnen, als zij het niet eens zijn met het contracteerbeleid inclusief de gepubliceerde Nota van Inlichtingen, binnen een termijn van twintig kalenderdagen na de dag van de publicatie van de Nota van inlichtingen een bezwaar indienen bij het zorgkantoor (via contractering.wlz@dsw.nl) dan wel een kortgedingprocedure beginnen bij de rechtbank te Rotterdam. Deze termijn is een vervaltermijn. Indien een aanvrager het zorgkantoor hierop niet tijdig op de voorgeschreven wijze heeft geattendeerd, is elke (latere) vordering gericht tegen de vermeende onjuistheid, onrechtmatigheid of onregelmatigheid anderszins niet ontvankelijk. Door deelname aan de contracteringsprocedure accepteren zorgaanbieders dat zij een bezwaar moeten indienen of het kort geding aanhangig moeten maken binnen de termijn van twintig kalenderdagen na publicatie van de Nota van Inlichtingen op straffe van verval van ieder recht om op een later moment tegen het contracteerbeleid inclusief de Nota van inlichtingen – in rechte – op te komen.

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

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

De aanvragen en de bijbehorende documenten worden beoordeeld op de geschiktheidseisen, uitsluitingsgronden en aanvullende voorwaarden. Wanneer zorgaanbieders niet voldoen aan de geschiktheidseisen of wanneer een van de uitsluitingsgronden op hen van toepassing is, worden zij uitgesloten van de contracteerprocedure. Bij afwijzing neemt het zorgkantoor nieuwe offertes van deze zorgaanbieders met betrekking tot de overeenkomst 2027 niet meer in behandeling. Het zorgkantoor kan verlangen dat de aanvrager zijn offerteaanvraag nader toelicht en/of voorziet van onderbouwende documenten.

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

Een zorgaanbieder kan van deelname aan de contracteerprocedure worden uitgesloten indien het zorgkantoor zwaarwegende redenen heeft aan te nemen dat de zorgaanbieder zijn verplichtingen niet zal nakomen, zoals redelijkerwijs van hem gevraagd mag worden. Dit geldt ongeacht of de door het zorgkantoor gebruikte redenen al dan niet voldoende zijn om als een toerekenbare tekortkoming bij de uitvoering van de overeenkomst, zou deze tot stand zijn gekomen, te worden aangemerkt.
De aanvrager heeft geen recht op vergoeding van enigerlei kosten in het kader van deze offerteaanvraag.
Zorgkantoor DSW behandelt de offertes vertrouwelijk. De documenten worden uitsluitend getoond aan medewerkers die direct bij de offerteprocedure zijn betrokken.

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

De zorgaanbieder voldoet:	**Overeenkomst**	**Productieafspraak op:**
Niet aan de minimale eisen	Nee	N.v.t.
Wel aan alle eisen	Ja, een- of meerjarige overeenkomst	13 november 2026

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

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

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

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

- De tijdsplanning te wijzigen;

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

Geschillen

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

Een aanvrager dient bezwaren tegen de gunningsbeslissing(en) binnen 14 kalenderdagen na verzending van de mededeling door betekening van een dagvaarding een kort geding aanhangig te hebben gemaakt tegen die gunningsbeslissing. Indien binnen 14 kalenderdagen na verzending van de gunningsbeslissing een kort geding aanhangig is gemaakt, gaat Zorgkantoor DSW niet over tot gunning van de overeenkomst(en) waarop die gunningsbeslissing(en) ziet/zien, voordat in kort geding vonnis is gewezen, tenzij een zwaarwegend belang onverwijlde gunning gebiedt. Indien niet binnen 14 kalenderdagen na verzending van de gunningsbeslissing(en) een kort geding aanhangig is gemaakt, kunnen de gepasseerde aanvragers geen bezwaren meer maken naar aanleiding van de gunningsbeslissing(en) en hebben zij hun rechten terzake verwerkt. Zorgkantoor DSW is in dat geval dan ook vrij om gevolg te geven aan de geuite beslissing(en). De gepasseerde aanvragers hebben in genoemd geval evenzeer hun rechten verwerkt in een (bodem)procedure een vordering tot schadevergoeding in te stellen.

Bijlage I – In te dienen documenten

In te dienen documenten	Toelichting op in te dienen documenten	Meesturen bij de inschrijving		
		1 Bestaande zorgaanbieders 2026 met een eenjarige overeenkomst	**2 Zorgaanbieders nieuw in de regio**	**3 Geheel nieuwe zorgaanbieders**
Bestuursverklaring inclusief bijlagen	De zorgaanbieder dient de volledig ingevulde bestuursverklaring, die voor u wordt klaargezet in Vecozo, aan te leveren bij de offerteaanvraag 2027.	X	X	X
Werkzaam in de regio WSD	Bij het indienen van de offerte toont de aanvrager aan dat er in de maanden april, mei en juni 2026 in de regio WSD gemiddeld aan minimaal tien cliënten zorg is verleend.		X	X
Ondernemingsplan: alle onderdelen zijn benodigd	De invulling van het ondernemingsplan is beschreven in Bijlage II.			X
Ondernemingsplan: Onderdelen 3, 4 en 5	De invulling van het ondernemingsplan is beschreven in Bijlage II.		X	
Afschrift van de inschrijving Kamer van Koophandel (KvK)	- Het afschrift van de inschrijving van de Kamer van Koophandel RP is op het moment van indienen van de offerteaanvraag niet ouder dan zes maanden. - Het afschrift bevat de namen van de leden van de Raad van Toezicht. Deze gegevens dienen op grond van het Handelsregisterbesluit ook opgenomen te zijn in het handelsregister. - De organisatievorm (juridische entiteit) die een offerteaanvraag indient voor een Wlz-			X

	overeenkomst 2027 dient hetzelfde te zijn als vermeld op het afschrift van de KvK. - Bevoegdheid van ondertekenaar moet blijken uit het afschrift of er moet een volmacht zijn (die eveneens bijgesloten moet worden). Als de tekenbevoegdheid van de ondertekenaar niet direct blijkt uit het afschrift van de inschrijving in het Handelsregister van de organisatievorm die een offerteaanvraag indient voor de Wlz-overeenkomst 2027, dan dienen van al de achterliggende rechtsvormen de afschriften van de inschrijving in het Handelsregister te worden meegestuurd met de offerteaanvraag 2027 die nodig zijn om de tekenbevoegdheid van de ondertekenaar aan te tonen.			
Inschrijving UBO('s) UBO-register	- Afschrift van inschrijving UBO('s) in UBO-register dat beheerd wordt door de KvK. - Afschrift is niet ouder dan zes maanden op het moment van inschrijving. - De organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als vermeld op het afschrift. - Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden: o De bevestiging van de UBO-registratie die de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder van het UBO-register ontvangen heeft. Daarin moeten de gegevens van de UBO('s) de UBO-gegevens staan; én o Een afschrift van de gegevens van de UBO('s) de UBO-gegevens van de organisatie van de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder. Zie de volgende webpagina van de Kamer van Koophandel (UBO-gegevens inzien | KVK			X

	(https://www.kvk.nl/ubo/inzien-gegevens/). Op de afschrift moet de datum zichtbaar zijn die onderaan het beeldscherm wordt weergegeven. De printscreen is niet ouder danzes maanden op het moment van inschrijving.			
WTZa-toelating	- Een bewijs dat uw organisatie voldoet aan de WTZa. Dat wil zeggen dat uw organisatie in het bezit is van de vergunning tbv de WTZa. - De organisatievorm (juridische entiteit) die zich inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient hetzelfde te zijn als op de WTZa van toepassing is. - De inhoud van de toelating moet overeenstemmen met de inhoud van het ondernemingsplan.			X
Verklaring Omtrent het Gedrag voor rechtspersonen (VOG RP)	- Een VOG RP is op het moment van indienen van de overeenkomst niet ouder dan één jaar en afgegeven voor het aanvragen van een Wlz overeenkomst. - Een Gedragsverklaring Aanbesteding (GVA) volstaat niet. - Een Verklaring Omtrent het Gedrag voor Natuurlijke Personen volstaat niet.			X
Statuten van de inschrijvende zorgaanbieder	- Actuele statuten, niet ouder dan vijf jaar, van de te contracteren partij. - In de statuten is de Governancecode Zorg geborgd, waaronder de informatie over het toezichthoudend orgaan. - De statuten moeten voldoen aan de Wet Bestuur en Toezicht Rechtpersonen (WBTR)			X
Verzekering voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid	- Een afschrift van het polisblad waarmee wordt aangetoond dat de aanvrager adequaat verzekerd is voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter			X

	hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis). - De verzekering is geldig gedurende de gehele looptijd van de Wlz-overeenkomst. - De organisatievorm (juridische entiteit) die zich inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient hetzelfde te zijn als op het polisblad.			
AGB-code	Bij het indienen van de offerte beschikt de aanvrager over een regionale AGB-code voor Zorgkantoor DSW.			X

In deze bijlage is met een X aangegeven welke documenten moeten worden aangeleverd bij de offerteaanvraag 2027.

Bijlage II – Toelichting ondernemingsplan

Een volledig ondernemingsplan bestaat uit een aantal onderdelen. Hieronder wordt per onderdeel weergegeven welke aspecten ten minste in het ondernemingsplan moeten terugkomen. Het ondernemingsplan dient opgesteld te worden volgens de vijf hieronder genoemde onderwerpen en beslaat maximaal 20 bladzijdes.

1. Organisatie-inrichting

Van de zorgaanbieder wordt verlangd dat zij in het ondernemingsplan beschrijft:

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

2. Missie en strategie

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

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

3. Omgevingsanalyse

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

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

4. Het bedrijfsplan

Dit onderdeel bevat:

- De doelgroep waaraan zorg wordt geleverd met de bijbehorende indicaties;
- De zorgprestaties (volgens de NZa beleidsregels) die worden geleverd;
- De locatie waar de zorg wordt geleverd. Bij een intramurale setting vernemen wij graag de exacte locatie en bij extramurale zorg de wijken c.q. postcodes waar de zorg verleend gaat worden;
- Een omschrijving van de wijze waarop het geoffreerde aanbod zich onderscheidt van andere zorgaanbieders en het reeds bestaand zorgaanbod. Tevens geeft u aan op welke wijze de door u aangeboden zorg een invulling is van het ontbrekende zorgaanbod;

- De borging dat de zorg wordt geleverd door voldoende personeel met de benodigde kwalificaties. Een overzicht van het personeel met zowel aantal als fte en deskundigheidsniveau in relatie tot de doelgroep is vereist;
- Een omschrijving van de wijze waarop de zorgaanbieder in een krappe arbeidsmarkt personeel in loondienst verwerft en behoudt;
- Een omschrijving van de wijze waarop de zorgaanbieder bijdraagt aan de beschreven opgave zoals deze er ligt voor de sector waarin de zorgaanbieder werkzaam is;
- Hoe de zorgaanbieder gaat zorgen voor een snelle en juiste administratieve afhandeling conform Wlz-eisen voor ZIN;
- Inzicht in aantallen bestaande cliënten en/of cliënten op de wachtlijst binnen de WSD regio, gespecificeerd naar domein (Wmo/Zvw/Wlz).

5. Financieel plan

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

Het zorgkantoor betrekt eveneens de jaarrekeningen, die door de zorgaanbieder worden aangeleverd, van de voorafgaande jaren (2024 en 2025) bij de beoordeling van de financiële positie van de zorgaanbieder. Ook de jaarrekeningen 2024 en 2025 van een eventuele moedermaatschappij levert de zorgaanbieder bij dit plan aan. Daarnaast bevat het financieel plan een realistische, gespecificeerde begroting voor 2026 en 2027 waarbij een inzicht wordt gegeven in de verwachte omzet en kosten.

Uw volledige inschrijving, voorzien van alle bijlagen, dient u uiterlijk 31 juli 2026 voor 17:00 uur in bij het zorgkantoor via VECOZO. LET OP: indien uw offerteaanvraag niet compleet is, nemen wij deze niet in behandeling.
Bij de beoordeling van de offerte kunnen openbare bronnen geraadpleegd worden.

Bijlage 4 - Spoor 3 Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Domeinoverstijgende samenwerking (DOS)
Domeinoverstijgende samenwerking (DOS) zorgt ervoor dat inwoners tijdig passende zorg en ondersteuning ontvangen over de domeingrenzen heen, wat bijdraagt aan het voorkomen of uitstellen van instroom in de langdurige zorg. Hiervoor kunnen zorgkantoren rechtmatig investeren in preventieve maatregelen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). In beginsel zijn deze stimuleringsmiddelen tijdelijk van aard, waarbij we een duidelijke horizon hanteren; na afloop dragen betrokken partijen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor duurzame borging en reguliere financiering van bewezen effectieve initiatieven.

Deze bewezen effectieve projecten behalen de doelstelling van het voorkomen, verminderen of het uitstellen van de behoefte aan Wlz-zorg met een aantoonbaar positieve businesscase en lenen zich waar mogelijk voor toepassing of opschaling in andere regio's. Hiermee beogen we dat eind 2029 in iedere regio minimaal één bewezen effectief en duurzaam - samen met andere financiers - geborgd project tot stand is gekomen.

We hanteren daarbij de volgende landelijke kaders en definities (zie Bijlage 1 en 2):
1. Format projectplan (businesscase vooraf) inclusief werkwijze van betrekken van verzekerden, bewoners en mantelzorgers (Wetswijziging Wlz, Wfsv, Wmg en Awb m.b.t. DOS).
2. Afwegingskader om te beoordelen of een project in aanmerking komt voor financiering (Wetswijziging Wlz, Wfsv, Wmg en Awb m.b.t. DOS).
3. Format monitoring & evaluatie voor gesprekken met stakeholders in DOS trajecten (Wetswijziging Wlz, Wfsv, Wmg en Awb m.b.t. DOS).
4. Eenduidige terminologie (DOS algemeen).

Extramuraliseren V&V
Vanuit de afspraken gemaakt in het HLO, verwachten wij de komende jaren verdere ontwikkelingen op het gebied van ouderenzorg. We volgen deze ontwikkelingen nauw en actualiseren op basis hiervan ons beleid.

<u>Additioneel document beleid omtrent HLO</u>
Dit document dient nog opgesteld te worden. Hierin staan in ieder geval onderstaande punten, waar relevant verder geactualiseerd.
- Opnametoets: In lijn met het HLO en de beweging 'thuis, tenzij' werkt de overheid momenteel met veldpartijen aan de introductie van een afwegingskader voor verblijf. Op basis hiervan kan op cliëntniveau bepaald worden of zorg in de thuissituatie nog passend is of dat de cliënt in aanmerking komt voor verblijf in een verpleeghuis. De ingebruikname van dit afwegingskader staat gepland voor 2028. Zolang die er nog niet is, verwachten we van aanbieders dat zij in lijn met de gedachte van opnametoets handelen.
- Nieuwe leveringsvorm en bekostiging zorg thuis: momenteel wordt er, conform afspraak vanuit het HLO, gewerkt aan een nieuwe leveringsvorm en bekostiging voor V&V zorg thuis in de Wlz. Deze aanpassing in wet- en regelgeving is bedoeld om zorg thuis meer passend en regelgeving eenvoudiger te maken. Tot de invoering van deze nieuwe leveringsvorm en bekostiging is het uitgangspunt, conform de afspraken in het HLO, dat MPT in ongeclusterde woonomgeving voorliggend is aan het VPT, tenzij de professionele zorg en ondersteuning alleen verantwoord en/of doelmatig kan worden geleverd door middel van een VPT. Niet in alle regio's wordt ongeclusterd VPT ingezet: dit beleid is vooral een aanscherping voor die regio's waar wel sprake is van ongeclusterd VPT. Om de uitvoering hiervan te ondersteunen delen zorgkantoren vóór

2027, in afstemming met veldpartijen een gedragen afwegingskader dat richting geeft tot wanneer MPT passend en doelmatig is.

Innovatie
Met het innovatie- en optimalisatiebeleid focussen we de komende jaren, zoals ook benoemd in de ZN visie, op zes thema's. Drie van deze thema's zijn overkoepelend en richten zich op de vernieuwing en optimalisatie van de langdurige zorg als geheel; drie zijn sectorspecifiek en sluiten aan bij actuele opgaven in de V&V, de GZ en de GGZ.

Overkoepelende thema's:

1. Informeel netwerk: Gericht op het vergroten van de inzet van informele zorg en het betrekken van de maatschappij bij ondersteuning en zorg.
2. Duurzame inzetbaarheid en behoud van medewerkers: Gericht op het verminderen van uitstroom en verzuim. Medewerkers die werkzaam zijn met cliënten met een complexe zorgvraag in de V&V, GZ en GGZ hebben daarbij specifiek onze aandacht.
3. Digitalisering: Gericht op het op orde brengen van de ICT basis, het vergroten van eigen regie, het hybridiseren van zorgpaden en het optimaliseren van processen.

Sectorspecifieke thema's:

4. V&V extramurale zorg: Gericht op het bijdragen aan de randvoorwaarden om beoogde bewegingen voor langer zelfstandig thuis in de V&V verder mogelijk te maken.
5. V&V intramurale zorg: Gericht op het voorkomen van overbehandeling, het efficiënter inrichten van zorgpaden, het verkennen van de (toekomstige) verpleeghuisdoelgroep en het beperken van administratieve lasten.
6. GZ/GGZ zo normaal mogelijk leven: Gericht op het bijdragen aan de beweging "van behandeling naar gewoon leven" en het creëren van een passendere context voor cliënten met een complexe zorgvraag.

<u>Innovatiebeleid</u>
Innoveren betekent het pionieren en ontwikkelen van een volledig nieuw product, dienst of zorgproces of het vernieuwen van producten, diensten en/of zorgprocessen op een wijze die niet eerder is uitgevoerd. We pionieren met een selecte groep aanbieders (koplopers) en/of geven innovatie op regionaal niveau vorm.

Zorgaanbieders die innoveren onderzoeken het effect van de innovatie. Zij verzamelen bewijslast welke als onderbouwing dient om, bij positieve uitkomsten, tot opschaling te komen. Algemene uitgangspunten voor afspraken met zorgaanbieders voor innovatie:

- Zorgaanbieder heeft een duidelijke, door het zorgkantoor gedeelde, visie over innovatie.
- Zorgaanbieder heeft voldoende capaciteit om mensen in te zetten op de ontwikkeling van innovatieve concepten en heeft voldoende slagkracht om concepten succesvol te ontwikkelen en te implementeren in de organisatie.
- Zorgaanbieder is financieel gezond
- De innovatie wordt met minimaal één andere zorgaanbieder en/of andere maatschappelijke stakeholder (zoals gemeente, het onderwijs, werkgevers) ontwikkeld.
- Er is sprake van cofinanciering tussen zorgkantoor en de zorgaanbieders.
- Zorgaanbieder heeft draagkracht in de regio.
- Zorgkantoren maken maatwerkafspraken met zorgaanbieders.

We zetten de komende jaren met innovatie nadrukkelijk in op initiatieven die structurele veranderingen in

de zorg bewerkstelligen. Het gaat niet om kortdurende of eenvoudig te implementeren verbeteringen, maar om vernieuwende werkwijzen en samenwerkingen die juist duurzaam bijdragen aan de transformatie.

Optimalisatiebeleid

Optimalisatie is geen doel op zich, maar een middel om bij te dragen aan de sectorale doelstellingen binnen de Wlz. Het gaat daarbij niet alleen om het implementeren van afzonderlijke oplossingen, maar ook om het creëren van de juiste randvoorwaarden en het meenemen van organisaties in de noodzakelijke veranderingen. Wij kijken hierbij vanuit in de praktijk bewezen oplossingen naar kansen om de zorg beter, efficiënter en toekomstbestendig te maken. We verwachten van zorgaanbieders dat zij oplossingen die bewezen effectief zijn implementeren in hun organisatie. Daarbij kijken we per zorgaanbieder wat hun startpunt is, waar hun grootste uitdagingen liggen en waar dus de grootste kansen liggen om te optimaliseren. Optimalisatie verwachten we van alle zorgaanbieders.