

# Inkoopkader Gz

Wet langdurige zorg 2024 – 2026

## Regio Midden IJssel

Salland Zorgkantoor

Datum 1 juni 2023

# Inhoud

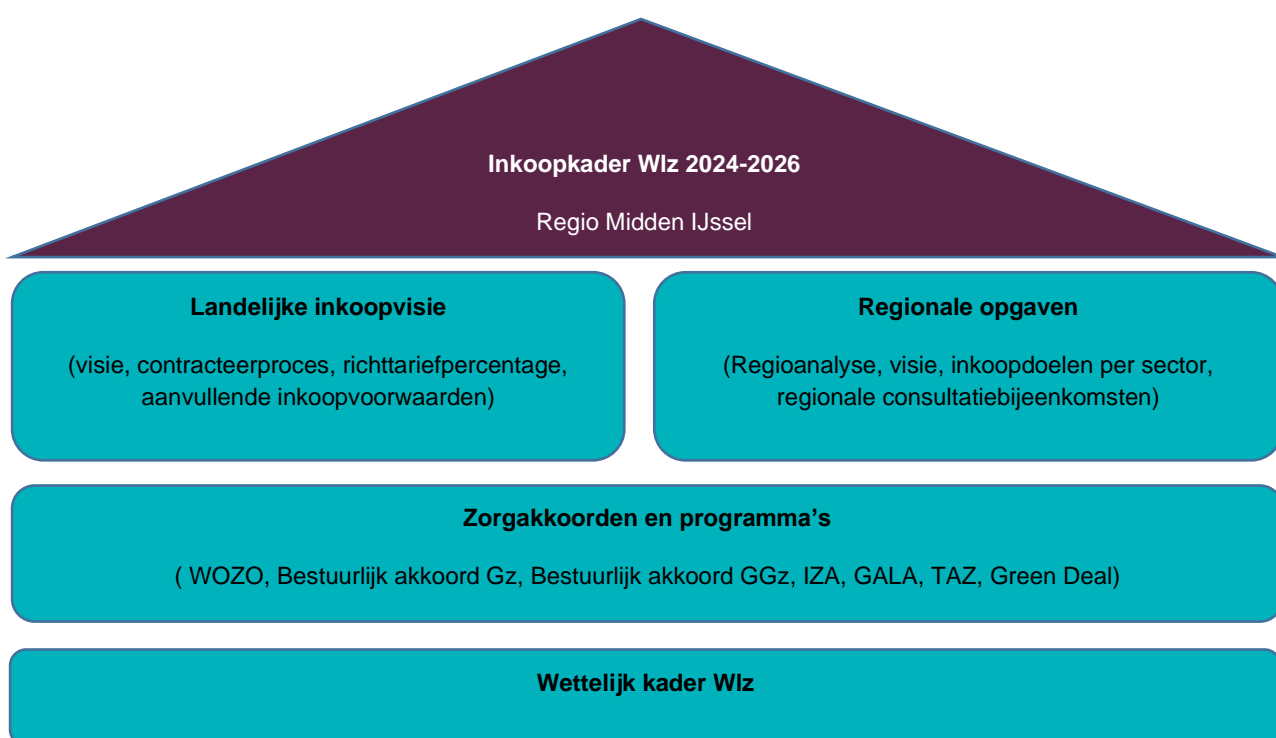
Voorwoord.....	4
1 Inleiding.....	5
2 Onze missie en visie .....	8
2.1 Missie en visie van Salland Zorgkantoor .....	8
2.2 Draagvlak voor transformatie in de langdurige zorg .....	9
2.3 Samenwerken in de regio .....	9
2.4 Het clientperspectief vinden wij belangrijk .....	10
3 Visie en inkoopdoelen voor de Gz in Midden IJssel.....	11
3.1 Ontwikkelingen noodzakelijk tot een (zorgbrede) transformatie.....	11
3.2 Denken vanuit een nieuw paradigma.....	12
3.3 Thema's en inkoopdoelen voor onze toekomstagenda.....	13
3.4 Overige thema's.....	16
4 Afspraken over tarieven en volume.....	18
4.1 Uitgangspunten voor onze tariefsystematiek .....	18
4.2 Vaststelling van tarieven van bestaande zorgaanbieders.....	20
4.3 Vaststelling van tarieven voor nieuwe zorgaanbieders .....	23
4.4 Totstandkoming van volumeafspraken voor bestaande en nieuwe zorgaanbieders.....	23
4.5 Kavelindeling prestatiesoorten en sectorale contracteerruimte .....	24
4.6 Herschikking 2024 .....	25
4.7 Overige financiële middelen .....	26
5 Transitie-instrumenten.....	27
5.1 Van belang om te weten bij het indienen van plannen.....	27
5.2 Praktische zaken voor het indienen van plannen .....	27
5.3 Afspraken worden vastgelegd in een addendum bij de overeenkomst.....	28
5.4 Monitoring en verantwoording .....	28
6 Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor .....	29
6.1 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders? .....	29
6.2 Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz.....	30
6.3 Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst.....	30
7 De procedure van inschrijving bij Salland Zorgkantoor .....	33
7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering .....	33
7.2 Hoe beoordelen wij uw inschrijving.....	34
7.3 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2024 .....	37
7.4 U kunt zich ook tussentijds inschrijven voor 2024.....	38
7.5 Indienen productieafspraken .....	38
8 Welke juridische kaders zijn van toepassing.....	39
8.1 Geldigheidsduur van dit inkoopkader.....	39
8.2 Vragen en/of bezwaren.....	39

8.3 De zorgkantoren kunnen de procedure wijzigen.....	41
8.4 Algemeen voorbehoud bij dit inkoopkader .....	41
Bijlagen .....	42

# Voorwoord

Voor u ligt het inkoopkader Wet langdurige zorg 2024 tot en met 2026 van Salland Zorgkantoor voor de sector Gz. Het inkoopkader geldt voor de regio Midden IJssel waarvoor Salland Zorgkantoor namens alle Wlz-uitvoerders de Wlz verzorgt.

Anders dan voorgaande jaren is er geen landelijk inkoopbeleid met een aanvulling voor de regio in een regionaal inkoopbeleid, maar een regionaal inkoopkader gebaseerd op de landelijke inkoopvisie die gezamenlijk met alle andere zorgkantoren is ontwikkeld en de regionale opgaven vanuit onder andere de regioanalyse en regionaal gehouden consultatieronden.



## 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 tariefsystematiek nader uitgewerkt.*

*In hoofdstuk 5 is het inkoopbeleid transitie-middelen beschreven.*

*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.*

# 1 Inleiding

Voor u ligt het regionaal inkoopkader Wet langdurige zorg (Wlz) 2024-2026 van Salland Zorgkantoor. Met de publicatie van dit meerjarige inkoopkader informeren wij u over onze uitgangspunten voor het zorginkoopbeleid Wlz voor de regio Midden IJssel.

## Inkoopkader langdurige zorg voor 2024 tot en met 2026

De huidige ontwikkelingen in de langdurige zorg vragen om een transformatie. De zorgvraag neemt toe en wordt complexer, de kosten lopen op en de personele krapte neemt toe. Daardoor staan de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg onder druk en dat vormt een groot risico voor de toekomstbestendigheid van de langdurige zorg. Deze transformatie om de Wlz-zorg toekomstbestendig te maken vraagt om een versnelling en een verdieping. Zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan zijn daarbij het uitgangspunt. Met dit inkoopkader geven wij aan hoe wij dit voor de regio Midden IJssel voor ons zien en waar wij op inzetten.

Wij beseffen dat deze transformatie tijd vraagt en dat is mede de reden voor het meerjarig perspectief van dit inkoopkader. Het geeft de noodzakelijke beweging aan voor de komende jaren, de 'stip op de horizon'. Wij beogen met dit inkoopkader vijf jaar vooruit te kijken maar omdat er veel ontwikkelingen zijn geldt dit meerjarig inkoopkader voor drie jaar (2024 tot en met 2026) met de mogelijkheid om het inkoopkader nog tweemaal met een jaar te verlengen. Laatstgenoemde bepalen wij bij afloop van dit meerjarenkader voor 2027, dus op het moment van publicatie van het inkoopkader voor 2027, en bij mogelijke verlenging voor 2028 bij de publicatie van het inkoopkader voor 2028. Jaarlijkse aanvullingen tijdens de looptijd van dit inkoopkader 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 inkoopkader die alleen betrekking hebben op 2024<sup>1</sup>.

Met dit inkoopkader sluiten wij aan op de ontwikkelingen en opgaven in de regio Midden IJssel. Wij sluiten aan op het bestaande 'regionale zorglandschap' (de 'couleur locale') en de ontwikkelingen in de regio én maken de verbinding met de landelijke beleidsontwikkelingen die voor onze regio hun eigen dynamiek hebben. Bij dit laatste denken wij met name aan programma's en akkoorden zoals Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), het Bestuurlijk Akkoord Gz, bestuurlijke afspraken voor de GGz, het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezond Actief Leven Akkoord (GALA) en Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn (TAZ).

Wij staan voor een grote veranderopgave in de regio en wij willen graag met alle Wlz-zorgaanbieders, cliënten(vertegenwoordigers) en andere regionale stakeholders aan de slag om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van langdurige zorg in onze regio te waarborgen.

Naast de visie op de langdurige zorg en de wijze waarop wij dit samen met u en andere stakeholders in Midden IJssel willen vormgeven bevat dit inkoopkader ook de uitgangspunten voor het tarief- en volumebeleid en de voorwaarden voor een Wlz-overeenkomst met ons. Ook treft u alle informatie aan over de meer praktische zaken rondom de inkoopprocedure voor 2024.

---

<sup>1</sup> Bij onderdelen die alleen betrekking hebben op 2024 is dat jaartal expliciet vermeld.

## Wijzigingen ten opzichte van 2023

Het inkoopkader dat voor u ligt kent zowel in vorm als inhoud diverse wijzigingen ten opzichte van 2023. Hieronder geven wij een overzicht van de meest belangrijke wijzigingen.

### *Opbouw van het regionaal inkoopkader*

- Het huidig inkoopkader loopt eind 2023 af en heeft een vervolg. Wij hebben gekozen voor een nieuw meerjarig inkoopkader voor de periode 2024-2026. Hieraan is de mogelijkheid verbonden om zonodig jaarlijks bij te sturen en desgewenst het inkoopkader nog tweemaal met een jaar te verlengen.
- In voorgaande jaren was het regionaal inkoopkader voor Midden IJssel een aanvulling voor de regio op het landelijk inkoopkader van de zorgkantoren. Vanaf 2024 is er geen landelijk inkoopkader. Er is wel een gezamenlijk landelijke visie maar de uitwerking vindt plaats in regionale inkoopkaders. De landelijk afgesproken uniforme voorwaarden en procedures zijn in de tekst of als bijlage geïntegreerd in dit document;
- Ons inkoopkader voor Midden IJssel voor 2024-2026 is nu sectoraal uitgewerkt. De uitgangspunten zijn op hoofdlijnen weliswaar gelijk, maar de opgaven voor de sectoren binnen de Wlz zijn verschillend. Mede hierom maar ook vanwege de leesbaarheid is het inkoopkader sectoraal uitgewerkt en publiceren wij aparte inkoopdocumenten voor de Verpleging & Verzorging (V&V), Gehandicaptenzorg (Gz) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz);
- Het zorgkantoor heeft een naamswijziging ondergaan. Als gevolg hiervan wordt in alle uitingen – en dus ook dit inkoopkader – onze naam Salland Zorgkantoor gehanteerd.

### *Regionaal inkoopkader inhoudelijk*

- In het inkoopkader 2023 stonden een achttal beleidsthema's centraal. Gezien de uitwerking van onze visie op de langdurige zorg voor 2024-2026 komt een aantal van deze thema's, zoals innovatie en duurzaamheid, letterlijk terug maar zijn enkele andere thema's op meer geïntegreerde wijze in dit inkoopkader verwerkt. Daarmee zorgen wij voor continuïteit in deze beleidsthema's;
- In de afgelopen periode zijn er diverse akkoorden gesloten en programma's opgesteld voor de zorg. Hierbij valt te denken aan WOZO, het bestuurlijk akkoord Gz, bestuurlijk afspraken voor de GGz, IZA, GALA en TAZ. Het gedachtengoed van deze akkoorden en programma's is in dit inkoopkader meegenomen;
- De onderbouwing van de tariefsystematiek van de zorgkantoren is verder doorontwikkeld, het richttariefpercentage is geactualiseerd en per sector bepaald en de regionale tariefsystematiek is aangepast op onze speerpunten van beleid en de herijkte richttariefpercentages per sector. In hoofdstuk 4 (en bijlage 7) wordt dit verder toegelicht;
- Er zijn vanaf 2022 tot en met 2026 transitie-middelen voor de sectoren V&V en Gz beschikbaar om regionale samenwerking, het scheiden van wonen en zorg (V&V) en de uitwerking van de kanslijnen uit het bestuurlijk akkoord (Gz) te stimuleren. De wijze waarop wij deze middelen inzetten voor 2024 is opgenomen in dit inkoopkader;
- Gezien de afloop van de huidige (meerjaren)overeenkomsten is er vanaf 2024 voor alle zorgaanbieders sprake van nieuwe overeenkomsten. In hoofdstuk 6 lichten wij toe welke overeenkomsten worden aangeboden.
- De tijdslijnen voor de contractering voor 2024 zijn geactualiseerd, zie hiervoor het tijdschema in paragraaf 7.3.

- De inschrijving (contractering) vindt digitaal plaats met gebruikmaking van het Vecozo-portaal. Informatie hierover is opgenomen in paragraaf 7.3 van dit inkoopkader

### **Samenhang met de gezamenlijke landelijke visie van de zorgkantoren voor de langdurige zorg**

In tegenstelling tot eerdere jaren is er geen sprake meer van een gezamenlijk landelijk inkoopkader. Er is voor gekozen om in een gezamenlijk landelijke **visie** het 'wat' te benoemen en het 'hoe' in regionale inkoopkaders verder uit te werken. Dit geeft ons de ruimte om aan te sluiten op de specifiek regionale omstandigheden en opgaven.

Waar dit mogelijk is zijn er op onderdelen gelijkgerichte afspraken gemaakt ter ondersteuning van een eenduidige werkwijze van de zorgkantoren. De hieronder genoemde onderwerpen, waarover de zorgkantoren zoveel mogelijk uniformiteit betrachten bij de uitwerking in de regionale inkoopkaders, hebben wij integraal verwerkt:

- Het contracteerproces: de looptijd (geldigheidstermijn) van de regionale inkoopkaders en het tijdschema van contractering, inclusief de termijnen voor de Nota van Inlichtingen en beroep en bezwaar;
- 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;
- Toetredingseisen voor nieuwe zorgaanbieders voor de Wlz: identieke beoordelingscriteria van zorgkantoren voor nieuwe zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst;
- Aanvullende inkoopvoorwaarden: de aanvullende voorwaarden die zorgkantoren hanteren op de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en overige regelgeving. Deze aanvullende voorwaarden maakten in eerdere jaren onderdeel uit van het landelijk inkoopkader;
- De tariefonderbouwing: de gezamenlijke onderbouwing van het richttariefpercentage per sector dat als vertrekpunt dient voor de regionaal uitgewerkte tariefsystematiek;
- Voorschrift zorgtoewijzing en declaratieprotocol Wlz: hierin zijn uniforme richtlijnen vastgelegd voor de toewijzing van zorg in de regio respectievelijk het declaratieverkeer.

## 2 Onze missie en visie

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 uit deze regio, ongeacht bij welke zorgverzekeraar iemand verzekerd is.

Wij zijn verantwoordelijk voor onder andere zorgcontractering, 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 toegevoegde waarde leveren in de langdurige zorg in Midden IJssel. Wij zoeken daarbij naar een balans tussen goede kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Daarbij staan onze (potentiële) cliënten centraal. Wij bieden hen passende zorg, door benaderbaar en nabij te zijn voor de mensen die ons nodig hebben. Wij spelen in op de specifiek regionale omstandigheden in Midden IJssel waar het gaat om de zorgvraag- en zorgaanbodontwikkelingen, het bestaande 'zorglandschap', de regionale arbeidsmarkt en bijvoorbeeld ook het noaberschap<sup>2</sup> in onze regio. Cliënten in Midden IJssel kunnen op ons rekenen.

Bij de ambitie om toegevoegde waarde te bieden hebben wij te maken met diverse politieke en maatschappelijke ontwikkelingen. Zo staat de betaalbaarheid onder druk en vormt de personele schaarste een uitdaging. Dit raakt onze zorgplicht. Daarnaast hebben wij de wens om kwetsbare mensen blijvend actief te laten meedoen in de maatschappij. Met wet- en regelgeving die ruimte biedt aan innovaties en digitale oplossingen, preventie en domeinoverstijgende samenwerking geven wij als zorgkantoor inhoud aan onze missie. Ook met inzet op scheiden van wonen en zorg komen wij cliënten tegemoet in het zo lang mogelijk zelfstandig wonen en dragen wij bij aan de financiële houdbaarheid van ons zorgstelsel.

Tenslotte trekken wij door samenwerking in de regio gezamenlijk op met stakeholders om ook voor de toekomst kwalitatief goede en betaalbare zorg dicht bij de burger te organiseren. Meer dan voorheen nemen wij de regie in onze contacten met zorgaanbieders, gemeenten en woningcorporaties om ervoor te zorgen dat zorgvragers met wat extra of andere inzet langer thuis kunnen blijven wonen. Of om onder meer te zorgen voor voldoende capaciteit aan woonzorgplekken. Zo dragen wij ook bij aan de doelmatige inzet van financiële middelen. In onze contacten binnen dit regionale 'zorgecosysteem' staat toegevoegde waarde centraal. En samen met deze partijen werken wij aan het oplossen van de uitdagingen waar wij met zijn allen voor staan.

---

<sup>2</sup> Oftewel 'naberschap', de sociale verhouding binnen – vaak kleine - gemeenschappen waarbij de *noabers*, ofwel [buren](#) (in een ruime zin des woords), elkaar bijstaan in raad en daad indien dat nodig is.

## 2.2 Draagvlak voor transformatie in de langdurige zorg

In de afgelopen periode zijn wij met u als zorgaanbieders, onder meer in het verband van Samen voor Sallandse Zorg en Salland United, al een weg ingeslagen om te anticiperen op de ontwikkelingen die op ons afkomen. Er zijn gezamenlijk stappen gezet rondom bijvoorbeeld de regionale arbeidsmarktproblematiek, innovatie en het extramuraliseren van de zorg (langer thuis). Dit vraagt veel van alle bij de langdurige zorg betrokken partijen en dat zal de komende jaren ook het geval zijn. Met dit inkoopkader willen wij vanuit onze rol en verantwoordelijkheid de juiste (rand)voorwaarden scheppen om de noodzakelijke beweging in de regio verder te stimuleren en te faciliteren.

Het is van belang dat de transformatie een breed draagvlak heeft. Het is daarom in de eerste plaats goed om te weten dat de zorgkantoren werken vanuit een gezamenlijk visie. En in de tweede plaats is het van belang dat deze beweging ondersteund wordt door het gedachtengoed dat in (landelijke) visies, programma's en akkoorden is neergelegd, waaronder WOZO (Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (VWS), het bestuurlijk akkoord voor de Gz (VGN/ZN), de toekomstagenda voor de Gehandicaptenzorg (VWS), het bestuurlijk akkoord voor de GGz (GGz-branchepartijen/ZN/VWS) en ook de VGN-visie 2030.

Naast een breed draagvlak is er vanzelfsprekend ook voldoende draagkracht nodig voor de transformatie. Wij kunnen ons daarom goed voorstellen dat sommige kleinere zorgaanbieders nauwer gaan samenwerken om elkaar op dat punt te versterken. 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 zorgaanbieder en zorgkantoor een goede regionale samenwerking hieraan bij zal dragen.

## 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 met ons (en de zorgverzekeraar) samen binnen Salland United en Samen voor Sallandse Zorg. Daar staan de thema's centraal die moeten zorgdragen voor het realiseren van een toekomstbestendige langdurige zorg in de regio Midden IJssel. Naast deze vorm van bestuurlijke samenwerking is ook goede samenwerking in de dagelijkse praktijk tussen alle partijen in onze regio essentieel voor het slagen van onze ambities.

Waar het om een goede domeinoverstijgende samenwerking in de regio gaat weten wij, samen met de regionale verzekeraar, de gemeenten steeds beter te vinden in het afstemmen van beleid. Dit is een positieve ontwikkeling waarop wij verder voortbouwen. Zeker gegeven de grote rol die de blijvende beschikbaarheid van zogenaamde 'zorgondersteunende infrastructuur' (denk bijvoorbeeld aan welzijn, informele zorg) vanuit deze domeinen speelt. Wij verwachten dat de komende Wet Domeinoverstijgende Samenwerking ons daar zeker verder bij gaat helpen.

Ook met het Zvw-zorgdomein is afstemming en samenwerking van groot belang bijvoorbeeld waar het gaat om de medisch generalistische zorg. Want voor het slagen van de beweging naar meer zorg zelf én in de thuissituatie is deze afstemming cruciaal.

## 2.4 Het clientperspectief vinden wij belangrijk

Wij stellen in onze missie de cliënt centraal en willen toegevoegde waarde bieden in de regio. Wij vinden het dan ook erg belangrijk om te weten wat cliënten vinden van de zorg en wat zij nodig hebben. Wij zijn daarvoor onder meer in gesprek met cliëntenraden over de (kwaliteit van de) zorg en hun betrokkenheid bij de implementatie van de sectorale kwaliteitskaders (c.q. het kwaliteitskompas) binnen de eigen instelling. In het kader van de kwaliteitsdialogen spreken wij met cliëntenraden in de regio over de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Daarnaast ontvangen wij signaleringen vanuit de 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.

De positie van de cliëntenraad binnen de instelling moet goed geborgd zijn. Wij vinden het van belang dat cliëntenraden 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 langer thuis wonen belangrijke onderwerpen vanuit cliëntperspectief die ons bereiken. Deze aandachtspunten nemen wij uiteraard zoveel mogelijk mee in ons beleid.

Met het oog op de nabije toekomst vinden wij het ook belangrijk om met cliënten in gesprek te zijn over de verwachtingen die (toekomstige) cliënten mogen hebben van de langdurige zorg. 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 zullen gaan krijgen. Het is daarom belangrijk om cliënten mee te nemen in deze ontwikkelingen en daar het verwachtingspatroon op aan te sluiten. Maar dit thema reikt wat ons betreft ook verder dan voorliggend zorginkoopkader en hoort op een brede maatschappelijke bespreekagenda te staan.

## 3 Visie en inkoopdoelen voor de Gz in Midden IJssel

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

### 3.1 Ontwikkelingen noodzaken tot een (zorgbrede) transformatie

Het is onze verantwoordelijkheid om de cliënten die zijn aangewezen op langdurige zorg van zorg te voorzien. Wij zien dat deze zorg onder druk staat. De zorgvraag neemt toe en wordt complexer, de kosten voor de langdurige zorg lopen op en de personele schaarste neemt toe. Dit herkennen wij ook onze regio zowel vanuit uit beschikbare analyses, zoals het regiobeeld en onze eigen regio-analyse, als uit de signalen die ons bereiken.

Het aantal mensen dat een beroep doet op zorg vanuit de Wlz neemt toe. Met name voor de ouderenzorg verwachten wij een sterk groeiende zorgvraag in onze regio vanwege de demografische ontwikkeling, maar ook binnen de GGz heeft de openstelling voor cliënten met een GGz-W indicatie gezorgd voor een hoger dan verwachte instroom in de Wlz. Daarnaast zien wij een toename van de complexiteit van de zorg. De zorgzwaarte bij instroom in de Wlz is hoog en er is steeds vaker sprake van dubbelproblematiek. Dit vraagt veel van zorgaanbieders. Tegelijkertijd hebben wij te maken met een toenemende krapte op de arbeidsmarkt en is een grote inspanning nodig voor het werven en behouden van gekwalificeerde medewerkers voor de zorg en het anders organiseren en innoveren van de zorg zodat medewerkers optimaal gefaciliteerd worden bij de uitvoering van hun werkzaamheden.

Onze regio kent op dit moment nog relatief gezien geringe wachtlijsten voor urgent wachtenden. Het merendeel van de cliënten op de wachtlijst wacht uit voorzorg of op een plaats van voorkeur. Het zorgaanbod in de regio Midden IJssel is over het algemeen 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.

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 huidig zorgaanbod door hen als voldoende passend wordt ervaren. Uiteraard monitoren wij voortdurend, net als voor alle andere doelgroepen in de zorg, in welke mate ook voor deze zorgvragers het zorgaanbod passend en in voldoende mate aanwezig is in onze regio.

In onze regioanalyse leest u meer over de ontwikkelingen in Midden IJssel:

<https://www.sallandzorgkantoor.nl/Regioanalyse>.

Onze analyses bevestigen de trends die wij al eerder hebben geconstateerd. Deze ontwikkelingen zorgen er ook voor dat wij ervan overtuigd zijn dat er **nu** een verandering nodig is van visie op en de verwachtingen rondom langdurige zorg

in de toekomst. En dat dit **nu** vraagt om inspanningen die erop gericht zijn de langdurige zorg toekomstbestendig te maken.

Wij realiseren ons dat deze transformatie moet samenhangen met een zorgbrede transformatie, 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 transformatie in samenhang en in samenspraak met andere stakeholders in onze regio te bevorderen.

### 3.2 Denken vanuit een nieuw paradigma

Zoals hiervoor al aangegeven is het feit dat er ontwikkelingen zijn die de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg onder druk zetten niet nieuw. In de afgelopen jaren hebben wij daarom al op meerdere manieren beleid en maatregelen ingezet. Maar wat ons betreft is het nu het moment om dit te versnellen. En dat de noodzakelijke transformatie vraagt om denken vanuit een nieuw paradigma voor de langdurige zorg. Dit paradigma luidt in de kern:

*“Zelf als het kan,  
thuis als het kan,  
digitaal als het kan”  
en een passend aanbod voor  
kwetsbare groepen.*

Dit is het uitgangspunt van ons beleid. Dit uitgangspunt wordt ondersteund door inzet op meerdere hoofdthema's:

- **Passende zorg als leidend principe**

Passende zorg wordt niet meer alleen bepaald door wat de cliënt wil (cliëntvoorkeur) maar ook wat er in redelijkheid mogelijk en doelmatig is. Zorginstituut Nederland (ZINL) heeft dit principe uitvoerig uitgewerkt in het Kader passende zorg.

- **Scheiden van wonen en zorg**

Als zorg op een verantwoorde wijze in de thuissituatie geleverd kan (blijven) worden dan heeft dat de voorkeur. Intramurale zorg houden wij beschikbaar voor de meest kwetsbare cliënten die dat echt nodig hebben. Als het accent ligt op meer zorg en ondersteuning in een thuisachtige setting verandert daarmee ook het karakter van de intramurale zorg. En het vraagt om een geschikte 'zorgondersteunende infrastructuur', meer en andere vormen van wonen met zorg, ondersteuning vanuit (technologische) innovaties en een ander beroep op vormen van informele zorg.

- **Sturing op de implementatie van bewezen effectieve innovaties**

Innovaties die de zelfregie en zelfredzaamheid van de cliënten ondersteunen en ook arbeidsondersteunend zijn dragen in hoge mate bij aan het nieuwe paradigma en worden wat ons betreft gemeengoed (en daarmee regulier onderdeel van de 'stand der wetenschap en praktijk'). Wij gaan sturen op de implementatie van bewezen effectieve innovaties.

- **Verduurzaming**

Verduurzaming dient verankerd te zijn in uw strategie. De wetgever stelt al de nodige eisen aan duurzaamheid en in de GreenDeal 3.0 zijn ambities op dit vlak voor de zorg vastgelegd. U maakt volgens deze lijnen werk van verduurzaming.

- **De kwaliteit van zorg moet goed zijn**

Wij zijn er als partijen alert op dat de kwaliteit van zorg goed blijft, het kwaliteitskompas c.q. het sectorale kwaliteitskader vormt hiervoor de basis. Wij zetten de 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.

- **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.

De thema's die passen bij het hierboven beschreven paradigma beschouwen wij als 'het nieuwe normaal' in de langdurige zorg en staan centraal bij de uitwerking van dit inkoopkader. Dat de accenten per sector wat verschillend kunnen zijn leest u terug in de landelijke visie waar dit verder is uitgewerkt. Deze visie is gepubliceerd op onze website.

### **3.3 Thema's en inkoopdoelen voor onze toekomstagenda**

De uitdagingen voor de gehandicaptenzorg in onze regio zijn niet nieuw. Wij zetten in op een beweging die gericht is op toekomstbestendigheid van de gehandicaptenzorg. Het hiervoor beschreven paradigma staat centraal in de gesprekken en de afspraken die wij met u maken. Om hierin focus aan te brengen zijn hierna rondom de sectorale thema's ook concrete inkoopdoelen geformuleerd.

Deze beweging is ook op landelijk niveau overeengekomen in het bestuurlijk akkoord Gz (VGN/ZN) dat het richtsnoer vormt voor het beleid in de regio. In dit akkoord zijn de specifieke kanslijnen beschreven waarmee partijen aan de slag gaan. Deze kanslijnen passen binnen de inkoopthema's die centraal staan in ons beleid.

Wij willen gezamenlijk invulling geven aan de regionale langdurige zorg van de toekomst. Dit is gegeven de ontwikkelingen geen eenvoudige opgave. Wij voeren daarom graag het gesprek met u maar vragen ook reflectie op uw rol in dit toekomstig regionale zorglandschap waar het bijvoorbeeld gaat om het blijvend kunnen bieden van kwalitatief goede zorg (hoge/lage zzp's/vpt's, extramuraal), het bieden van zorg in een thuisachtige setting, het bieden van regionale zorgfuncties, de verankering in de lokale gemeenschap en inzet van 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 in de regio een belangrijke succesfactor is.

## Thema's: Inzet en inkoopdoelen

### 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 in op de implementatie van bewezen effectieve innovaties, de tijd van experimenteren is voorbij.

Zorgaanbieders in de regio implementeren in de periode 2024-2026 tenminste 2 bewezen effectieve innovaties. Daarbij moet het gaan om een organisatiebrede implementatie waarmee het zorgproces duurzaam anders wordt ingericht. Zorgaanbieders bepalen zelf welke innovaties het beste passen bij de zorg/doelgroep van de instelling. Voorbeelden vanuit Anders werken in de zorg en het nog in ontwikkeling zijnde landelijk platform voor digitale zorg zijn behulpzaam bij die keuze.

### Inzet van informele zorg

Met het oog op “zelf als het kan”, zorg langer thuis en gelet op de krapper wordende arbeidsmarkt is het onvermijdelijk om de inzet van informele zorg als gebruikelijke zorg te beschouwen en daarmee een ander beroep te doen op de inzet van informele zorg.

Zorgaanbieders maken in de zorg- en ondersteuningsplannen van iedere Wlz-cliënt waar mogelijk afspraken over de inzet vanuit een informeel netwerk. Daarbij gaat het om het vinden van de juiste balans in het besef dat er zowel sprake is van beperkte capaciteit aan zorgprofessionals als een afnemend mantelzorgpotentieel. Wij stellen hier separaat een visie voor op die ter consultatie aan de regio wordt voorgelegd en in een aanvulling op dit inkoopkader wordt opgenomen.

### Meerzorg

Meerzorg zetten wij in bij casuïstiek waarbij tijdelijk extra zorginzet noodzakelijk is. Langdurige, structurele inzet van meerzorg is niet wenselijk. In de meerzorgdialoog en in het regionaal casuïstiekoverleg bespreken wij wat passende zorg is.

Wij zien dat de problematiek qua inzet en financiering voor de VG7-doelgroep ertoe heeft geleid dat er soms is uitgeweken naar de meerzorgregeling. Wij onderkennen dat het reguliere kostprijsonderzoek van de NZa te lang op zich laat wachten en ondersteunen daarom tijdelijke oplossingen om de financieringsproblemen voor de complexe VG7-doelgroep op te lossen.

Recentelijk is door het ministerie van VWS voor 2023 en 2024 €40 miljoen extra per jaar beschikbaar gesteld voor de zorg aan cliënten met het zorgprofiel VG7. De €40 miljoen is geformaliseerd in de voorjaarsnota die het kabinet 28 april 2023 heeft gepubliceerd. VWS stelt dat de compensatie voor geleverde VG7-zorg verhoogd kan worden door middel van

maatwerkafspraken. Zorgkantoren werken nog aan een gezamenlijk beleid voor de uitwerking van de voorwaarden om in aanmerking te komen voor deze maatwerkafspraken.

In de Nota van Inlichtingen informeren wij u over dit beleid en over het effect hiervan op het tariefpercentage voor het VG7-profiel. De Nota van Inlichtingen wordt op 30 juni 2023 gepubliceerd op onze website. Voor het jaar 2023 wordt aanvullend beleid gepubliceerd. Het ministerie van VWS stelt dit extra geld beschikbaar voor de jaren 2023 en 2024, ter overbrugging tot het nieuwe VG7-tarief beschikbaar komt voor het jaar 2025 gebaseerd op het kostenonderzoek van de NZa.

### **Zinvolle daginvulling**

Wij kijken op cliëntniveau naar wat een zinvolle daginvulling van de cliënt is. Wij werken samen in de regio aan variatiemogelijkheden voor de daginvulling binnen de Wlz maar ook buiten het Wlz-domein zoals de Wmo. Hierbij denken wij nadrukkelijk ook aan het gebruik maken van elkaars bestaande voorzieningen in plaats van het realiseren van eigen voorzieningen binnen de eigen organisatie.

### **Scheiden van wonen en zorg en een zorgondersteunende infrastructuur**

Wij streven waar dit mogelijk is naar vormen van zorg voor cliënten waar dit zo zelfstandig mogelijk is (scheiden van wonen en zorg, vpt, mpt). Daarbij houden wij in het oog in welke mate de zorg passend én ook financieel haalbaar is voor cliënten en zorgaanbieders. We willen samen met u bezien of bepaalde belemmeringen weggenomen kunnen worden.

Om dit verder nog mogelijk te maken zetten wij in op een zorgondersteunende infrastructuur voor zorgvragers waarbij naast vormen voor tijdelijk verblijf (logeren) ook informele zorg, welzijnsvoorzieningen en (technologische) innovaties een belangrijke rol spelen. Wij gaan met gemeenten en zorgaanbieders in gesprek over de wijze waarop wij dit in de regio organiseren.

### **Medisch Generalistische Zorg**

De artsen verstandelijk gehandicaptenzorg (AVG's) in de regio werken zodanig samen met huisartsen (en specialisten ouderengeneeskunde) dat de behandelzorg voor Wlz-clienten in de regio, ongeacht de intra- of extramurale setting, altijd geborgd is. Binnen deze samenwerking worden regionale afspraken gemaakt over (herschikking van) taken, verantwoordelijkheden en beschikbaarheid/inzetbaarheid. Uitkomsten van het landelijk initiatief 'alternatief overheveling behandeling' worden meegenomen.

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

De Gz zorgaanbieders in de regio Midden IJssel werken samen bij het organiseren van zorg voor cliënten met complexe problematiek. Zorgaanbieders ontwikkelen zich daarbij niet alleen zelf maar ondersteunen elkaar, zorgaanbieders en zorgkantoor zijn samen verantwoordelijk en komen gezamenlijk tot oplossingen. Het zorgkantoor ondersteunt deze samenwerking in de regionale taskforce (RTF) waar casuïstiek wordt besproken. Voor crisiszorg zetten wij de werkwijze met bovenregionale crisisregie en crisisondersteuningsteams (COT's) voort.

## Aantrekkelijk werkgeverschap en inzet PNIL

Wij hebben een collectief belang bij aantrekkelijk werkgeverschap in de zorg. Zorgaanbieders voeren daarvoor een strategisch personeelsbeleid en formuleren daarbinnen een strategische visie op de inzet van (en kosten voor) PNIL. Wij zetten de inspanningen voort die in gezamenlijk verband van Salland United worden gedaan om te sturen op in-, door- en uitstroom van medewerkers in de zorg.

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.

### 3.4 Overige thema's

Naast de hiervoor genoemde hoofdthema's van beleid zijn er nog andere onderwerpen die ons bezighouden en op een of ander wijze raken aan de toekomstbestendigheid van de langdurige zorg. Hieronder treft u een aantal van deze thema's aan.

#### 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. Wij volgen met belangstelling de wijze waarop u invulling geeft aan deze ambities en doelen, wij stellen hieraan geen aanvullende voorwaarden.

#### 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 ons gaat helpen om dit verder te concretiseren.

#### Digitale gegevensuitwisseling

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

herbruikbaar zijn voor andere zorgverleners in het netwerk van de cliënt en de cliënt zelf via een Persoonlijke Gezondheidsomgeving. Voor zorgaanbieders uit de langdurige zorg zijn de volgende landelijke programma's van belang:

- Binnen het Informatieberaad Zorg is eOverdracht: digitale uitwisseling van de verpleegkundige overdracht tussen verpleegkundigen en verzorgenden in verschillende sectoren;
- Medicatieoverdracht: uitwisseling van medicatiegegevens volgens de MP9-standaard, zodat voor iedere cliënt een actueel medicatieoverzicht beschikbaar komt;
- MedMij: beschikbaar stellen van gegevens voor de cliënt, via een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO);
- De basisgegevensset langdurige zorg (BglZ) vormt een samenvatting van de belangrijkste gegevens over een cliënt en wordt ook beschikbaar gesteld aan en gedeeld met andere zorgaanbieders en de cliënt zelf;
- Mitz: om toestemmingen van de client voor uitwisseling van gegevens te registreren, wordt aangesloten op de online toestemmingsvoorziening Mitz.

Ketenpartijen in de verpleeghuiszorg werken samen in het programma KIK-V, dit staat voor Keteninformatie Kerngegevens Verankeren, Versnellen, Verdiepen, Verbreden. Doel is het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteitsinformatie, het beter afstemmen van nieuwe uitvragen en het meer hergebruiken van informatie

### **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. Wij houden hiermee rekening in onze afstemming met stakeholders in de regio.

### **Overheveling behandeling – alternatief**

Er wordt door alle betrokken zorgpartijen gewerkt aan een alternatief voor de door het kabinet voorgenomen overheveling van behandeling van Wlz naar Zvw, inclusief een hieraan verbonden besparingsdoelstelling. Wij zijn nauw betrokken bij de uitwerking van het alternatief en nemen de uitkomsten mee in het beleid en de afspraken in de regio.

### **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. En vanaf dit jaar contracteren wij digitaal via Vecozo. Uiteraard staan wij open voor andere suggesties die hieraan kunnen bijdragen.

## 4 Afspraken over tarieven en volume

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

### 4.1 Uitgangspunten voor onze tariefsystematiek

Onze tariefsystematiek is opgesteld binnen de kaders die hiervoor van toepassing zijn. Dit lichten wij hierna verder toe.

#### Opbouw van de systematiek

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.

#### 1. Richttariefpercentage als vertrekpunt

Voor het inkoopkader Wlz 2022/2023 hebben de gezamenlijke zorgkantoren een tariefsystematiek uitgewerkt die resulteert in een solide basis voor goed onderbouwde, reële tarieven voor de Wlz-zorgcontractering. Deze methodiek resulteert in de berekening van een landelijk richttariefpercentage, een percentage van het NZa-tarief waarmee het merendeel van de Wlz-zorgaanbieders kostendekkend goede zorg kan bieden. Dit richttariefpercentage is overigens nadrukkelijk geen basistarief of een gemiddeld tarief. Met de uitspraak in kort geding op 19 oktober 2021 door de rechtbank Den Haag is deze door de zorgkantoren gehanteerde methodiek om te komen tot reële tarieven bekrachtigd.

Deze systematiek is door de zorgkantoren verder doorontwikkeld in lijn met de aanwijzingen in de aangehaalde rechterlijke uitspraak<sup>3</sup>. Bij de doorontwikkeling is aanvullend een relatie gelegd met de feitelijke Wlz-declaraties van zorgaanbieders. En het doorontwikkelde model resulteert in een richttariefpercentage per sector waardoor dit meer en beter tegemoetkomt aan eventuele sectorale verschillen. Voor een onderbouwing van het richttariefpercentage verwijzen wij naar bijlage 7.

Het richttariefpercentage is naar sector gedifferentieerd. Eventuele overige sectorspecifieke (of regionale) verschillen zijn door middel van de NZa-prestatiestructuur (denk aan de verschillende tarieven voor zzp/vpt's, de toeslagen, de Niet Beïnvloedbare Factoren) in de tarieven verwerkt. Omdat wij in onze tariefsystematiek een

---

<sup>3</sup> Met de gezamenlijke tariefonderbouwing is in de basis per sector een percentage van het NZa-tarief berekend waarmee 75% van de zorgaanbieders kostendekkend zorg kan leveren.

percentage hanteren van het NZa-maximumtarief volgen de tarieven alle loon-, prijs- of overige ontwikkelingen die de NZa verwerkt in haar tarieven.

## **2. Regionale differentiatie op basis van rol en positie in het regionale zorglandschap**

Binnen de systematiek zijn er differentiatiemogelijkheden in de vorm van aanpassingen naar boven of beneden ten opzichte van het richttariefpercentage. Wij differentiëren daarbij naar de rol/positie die een zorgaanbieder vervult in de regio. Dit sluit deels aan op de huidige wijze waarop wij nu al differentiëren maar wij willen nadrukkelijk de noodzakelijke transformatiebeweging laten meewegen. Criteria die wij meewegen voor de differentiatie houden onder meer verband met het leveren van nieuw of specifiek (specialistisch, regionaal) zorgaanbod, de breedte van het zorgpalet (zorgaanbod), een verantwoordelijke (leidende) rol van de zorgaanbieder in de beweging en de mate waarin een zorgaanbieder daadwerkelijk (regionale) knelpunten oplost. De wijze waarop dit van invloed is op de tarieven hebben we in paragraaf 4.2 en 4.3 nader toegelicht.

Het leveren van goede kwaliteit van zorg, samenwerking in de regio en commitment en uitvoering geven aan de transformatie van de zorg behoren wat ons betreft tot de basis. Het niet willen of kunnen voldoen aan deze basis heeft een negatief effect op het af te spreken tarief. Ook met zorgaanbieders die met de huidige tarieven structureel een hoger dan in de sector gebruikelijk rendement behalen gaan wij in gesprek over het tarief.

## **3. Hardheidsclausule**

Naast het onderbouwde richttariefpercentage en regionale differentiatie maakt de hardheidsclausule (HHC) deel uit van de regionale tariefsystematiek.

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 organisatie. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen wij ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit alles nemen wij mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken over 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. Afhankelijk van de situatie kunnen wij aanvullende documenten opvragen. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar.

## Onze overwegingen bij de invulling van de tariefsystematiek

Voor de tariefsystematiek nemen wij de volgende overwegingen mee:

- De huidige tarieven in de regio Midden IJssel passen binnen de marges van wat – in algemene zin – als reële tarieven beschouwd mogen worden. Deze systematiek is op basis van het richttariefpercentage voldoende onderbouwd;
- Alle gecontracteerde zorgaanbieders in onze regio zijn in staat met de huidige tarieven goede zorg te leveren<sup>4</sup>. Dit neemt niet weg dat er zorgen bestaan over de kostenontwikkelingen in de zorg. Wat ons betreft is dit een extra aansporing om bij de transformatie in de zorg vooral het doelmatigheidsaspect mee te nemen;
- Voor zorgaanbieders met een kritieke financiële situatie of een zorgplichtissue is er binnen de tariefsystematiek een beroep op de hardheidsclausule mogelijk. Voor toepassing van de hardheidsclausule in individuele gevallen dient een zorgaanbieder aantoonbaar te maken dat deze met het aangeboden tarief niet kostendekkend kwalitatief goede zorg kan leveren. Wij zien tegelijkertijd ook zorgaanbieders die met de huidige tarieven een aanzienlijk positief rendement laten zien;
- Alle gecontracteerde zorgaanbieders vervullen een eigen en waardevolle rol in het regionale zorglandschap in Midden IJssel. Wij zien dat sommige zorgaanbieders daarin een bijzondere positie innemen met het daadwerkelijk oplossen van knelpunten, het vervullen van een voortrekkersrol in de noodzakelijke transformatie en/of het leveren van een voor de gehele regio van belang zijnde specifiek, specialistisch zorgaanbod. Maar ook nieuwe zorgaanbieders kunnen een bijzondere positie innemen bijvoorbeeld met vernieuwend zorgaanbod en/of een lager kostenniveau. Wij vinden het passend om dit alles mee te wegen bij maatwerkafspraken en differentiatie in tarieven;
- Daar waar er in eerdere jaren een separate stimulans via de tarieven is geweest om te extramuraliseren is dit binnen de nieuwe kijk op langdurige zorg anders. Meer zorg in de thuissituatie is onverminderd van belang maar gelet op het uitgangspunt 'thuis als het kan' mogen wij dit inmiddels als '*het nieuwe normaal*' beschouwen;
- Het is met het oog op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van Wlz-zorg in onze regio noodzakelijk een beweging in de zorg te verwezenlijken. Wij verwachten van u dat u de transformatiebeweging omarmt en hier werk van maakt. Hier maken wij ook afspraken met u over. Bij zorgaanbieders die dit niet willen of kunnen werkt dit door in het tarief dat wij met u afspreken.

## 4.2 Vaststelling van tarieven van bestaande zorgaanbieders

In deze paragraaf omschrijven wij hoe het tariefpercentage wordt vastgesteld voor bestaande zorgaanbieders. Dit zijn zorgaanbieders die in 2023 al een Wlz-contract met ons hebben. Dit tariefpercentage geldt in beginsel gedurende de periode van dit inkoopkader.

De uitgangspunten voor de systematiek en de differentiatie zijn hiervoor in paragraaf 4.1 uiteengezet. Wat dit concreet betekent is in onderstaande tabel vermeld. De vermelde percentages zijn gerelateerd aan de maximumtarieven van de NZa voor het betreffende jaar. U ontvangt uiterlijk voor 1 oktober 2023 bericht van ons over het tariefpercentage, wat

---

<sup>4</sup> Uit onze monitoring komen geen gecontracteerde zorgaanbieders naar voren die vanwege een problematische financiële situatie een acuut risico vormen voor de continuïteit van zorg in de regio.

eventueel in een gesprek in september is toegelicht. Hierbij zijn de eerdergenoemde overwegingen en (differentiatie)criteria betrokken.

Tariefopbouw 2024 -2026 Gz Midden IJssel	Tariefpercentage*
Richttariefpercentage (vertrekpunt)	95,7%
Differentiatiecriteria die meewegen (plus- en minfactoren): <b>Zorgaanbod</b> - Breedte van het zorgpalet - Wel of geen regionale en/of specialistische functie - Eigen behandeldienst en inzet daarvan ten behoeve van de regio <b>Knelpunten in de regio</b> - Oplossen van (regionale) knelpunten <b>Transformatie van de zorg</b> - Verantwoordelijke rol/koploper in de transformatie van de zorg - Niet kunnen of willen voldoen aan de transformatieopgave <b>Basiskwaliteit van zorg</b> - Onvoldoende basiskwaliteit van zorg <b>Rendement</b> - Structureel hoger dan in de sector gebruikelijk rendement	Afwijking van het richttariefpercentage tussen max. -2,0% en max. +1,0%
Vrijwillig laag tarief of hardheidsclausule	maatwerk

\* percentage van het NZa-maximumtarief van het betreffende jaar

### Toelichting bij deze tariefopbouw

Bij de tariefstelling wordt het (landelijk onderbouwde) richttariefpercentage gehanteerd als vertrekpunt. Vervolgens wegen wij een aantal criteria voor eventuele differentiatie mee die onder meer verband houden met onze zorgplicht en continuïteit van zorg in de regio. De weging hangt af van de mate waarin uw organisatie aan elk van die criteria voldoet en de combinatie daarvan. Hierbij moet worden opgemerkt dat de uitkomst van de weging ook kan zijn dat het richttariefpercentage voor u als passend tarief wordt gezien én dat onderstaande criteria niet per definitie een optelsom vormen waarmee kan worden opgebouwd tot een maximaal te behalen tarief.

Met betrekking tot de criteria nog het volgende:

#### **Zorgaanbod**

- Breedte van het zorgpalet. Dit gaat om het leveren van zzp's inclusief en exclusief behandeling, vpt's inclusief en exclusief behandeling, complexiteit van de zorg (hoge/lage zzp's/vpt's), deeltijdverblijf, logeren en mpt-zorg;
- (Boven)regionale en/of specialistische functie. Dit betreft:
  - (beschikbaarheids)functies voor de regio zoals spoed-/crisiszorg, WZD- of beveiligde bedden (afspraken met ons op initiatief van het zorgkantoor) en daarmee in voorkomende gevallen direct kunnen leveren van, zorg in spoed-/crisissituaties;
  - het bieden van specialistische zorg aan de cliëntendoelgroepen, te weten de SGLVG-behandelcentra, epilepsiecentra, gespecialiseerde zorg voor zintuiglijk gehandicapten en de met toeslagen gefinancierde zorg rondom beademing en observatie.

- Eigen behandeldienst: instandhouding/beschikbaarheid van een eigen behandeldienst (AVG'ers) en de inzet hiervan ten behoeve van de MGZ in de regio Midden IJssel.

### ***Knelpunten in de regio***

- Oplossen van knelpunten: het aantoonbaar bijdragen aan oplossen van knelpunten in de regio. Wij nemen bij de bepaling van het tariefpercentage de positie mee van zorgaanbieders in onze regio die weliswaar een passend (woon)zorgaanbod leveren en daarmee bijdragen aan de behoefte van wonen met zorg in de regio maar bijvoorbeeld niet deelnemen aan regionale samenwerkingsverbanden waarin regionale knelpunten worden opgelost.

### ***Transformatie van de zorg***

- Transformatieopgave: wij verwachten van alle zorgaanbieders een actieve inzet op de noodzakelijke transformatie van de zorg. Dit is het uitgangspunt en behoort tot de basis. Wij kunnen ons daarbij voorstellen dat er enkele zorgaanbieders in de regio zijn die het voortouw moeten nemen en een verantwoordelijke (voortrekkers)rol vervullen. Dit wegen wij mee. Bij zorgaanbieders die daarentegen niet kunnen of willen inzetten op de noodzakelijke transformatie nemen we ook dat mee voor het af te spreken tarief.

### ***Basiskwaliteit van zorg***

- Kwaliteit van zorg: het bieden van goede kwaliteit van zorg behoort tot de basiseisen van de zorg. Bij gebleken onvoldoende kwaliteit treden wij met u in gesprek over passende verbeterafspraken inclusief het tarief.

### ***Rendement***

- 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.

### ***Vrijwillig laag tarief of hardheidsclausule***

- 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 die buiten de vermelde bandbreedte kan liggen. De voorwaarden voor de hardheidsclausule zijn benoemd in paragraaf 4.1. 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.

## **Overige zaken**

### **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 het vooruitzicht van een NZa-korting en noodzakelijke investeringen in kwaliteit en duurzaamheid van de huisvesting handhaven wij de 100%-vergoeding van de NHC.

## Sectorvreemde zorg

Als u zogenaamde sectorvreemde zorg wilt leveren, dat wil zeggen zorg aan een cliënt met enkel een CIZ-indicatie/grondslag die niet overeenkomt met de Wlz-sector van uw reguliere zorgaanbod<sup>5</sup>, dan dient u hierover afspraken te maken met uw zorginkoper. Voor deze sectorvreemde zorg hanteren wij het richttariefpercentage van de bijbehorende sector.

### 4.3 Vaststelling van tarieven voor nieuwe zorgaanbieders

In hoofdstuk 6 en bijlage 8 zijn voor nieuwe zorgaanbieders de (landelijk uniforme) voorwaarden opgenomen. In dit document is ook uitgewerkt aan welke voorwaarden u op welk moment moet voldoen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. Wij verwijzen voor de voorwaarden naar deze bijlage.

Voor nieuwe zorgaanbieders geldt het eerste contractjaar het tariefpercentage zoals vermeld in onderstaande tabel. Wij hanteren voor nieuwe zorgaanbieders een tariefpercentage dat 2% onder het richttariefpercentage ligt. Het vermelde percentage is gerelateerd aan de maximumtarieven van de NZa.

Tariefopbouw 2024 – 2026 Gz Midden IJssel – nieuwe zorgaanbieders	Tariefpercentage*
Tarief nieuwe zorgaanbieders	93,7%

\* percentage van het NZa-maximumtarief van het betreffende jaar

### 4.4 Totstandkoming van volumeafspraken voor bestaande en nieuwe zorgaanbieders

Ons volumebeleid is gebaseerd op het 'geld volgt klant'-principe. Dit betekent dat er niet op voorhand vaste volumeafspraken worden gemaakt met zorgaanbieders in de regio, maar dat de productieafspraken op 'cliëntvolgende' wijze aan de hand van de cliëntkeuze voor een aanbieder worden vastgesteld. De cliënt kiest in beginsel bij welke gecontracteerde zorgaanbieder deze zijn zorg wil afnemen. Dit is uiteraard binnen de beperkingen die de passendheid en doelmatigheid van het regionale zorgaanbod met zich meebrengen én binnen de grenzen van onze regionale contracteerruimte. Pas bij de herschikking 2024 worden volumes voor 2024 per zorgaanbieder vastgesteld. Deze werkwijze geldt zowel voor bestaande als voor nieuwe zorgaanbieders.

Om zoveel mogelijk aan te sluiten op dit 'geld volgt klant'-principe betekent dit in aanvang een pro forma volumeafpraak van 1. Voor de prestaties waarover overeenstemming bestaat dat u dit verantwoord kan leveren, bedraagt het initieel volume dus 1. Hiervoor zijn wel een aantal spelregels van toepassing:

- Als uitgangspunt hanteren wij hiervoor de in 2023 overeengekomen set aan prestaties;
- De verhouding van zzp's mét en zonder behandeling blijft in principe ongewijzigd;
- Productiegevolgen van uitbreidingen van intramurale capaciteit worden slechts na onze instemming gehonoreerd.

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. De NZa vraagt in het budgetformulier wel om een omzetniveau en deze wordt daarom pro forma op € 1,- gezet.

<sup>5</sup> dit geldt dus niet als er sprake is van meerdere grondslagen waarvan één een sectoreigen grondslag is.

Bij de herschikking 2024 wordt ook het definitieve financiële kader vastgesteld (zie paragraaf 4.6), waarbij wij productieafspraken voor de kavels vpt en mpt prioriteit geven.

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.

## 4.5 Kavelindeling prestatiesoorten en sectorale contracteerruimte

Binnen ons volume- en tariefbeleid voor de regio hanteren wij een kavelindeling: een kavelindeling naar soorten prestaties en een financiële kavelindeling om de regionale contracteerruimte te verdelen naar de verschillende zorgsectoren.

### Kavelindeling prestatiesoorten

De kavelindeling van prestatiesoorten die wij hanteren is ongewijzigd ten opzichte van voorgaande jaren. Hierin wordt het volgende onderscheid gemaakt in zorgsoorten/prestaties:

- Intramuraal: de kavel intramuraal betreft de intramurale zorgprestaties, zorgzwaartepakketten (zzp's) met en zonder behandeling. Ook maken de bijbehorende toeslagen, deeltijdverblijf, mutatiedagen, spoedzorgprestaties en meerzorg deel uit van de kavel intramuraal;
- Volledig pakket thuis (vpt): binnen de kavel vpt kunnen in beginsel alle zzp's die een zorgaanbieder in vpt-vorm wil leveren afgesproken worden;
- Modulair pakket thuis (mpt): de kavel mpt bevat de modules: begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging (inclusief speciaal en extra varianten), dagactiviteit prestaties (H800 codes) inclusief het bijbehorende vervoer en de kapitaallasten, schoonmaak en de behandelprestaties (individueel en groep).

Deze kavelindeling van prestatiesoorten is van belang voor de herschikking omdat bij een regionaal budgettair tekort de afspraken voor extramuraal zorg prevaleren.

### Kavelindeling financiële verdeling van de regionale contracteerruimte

Daarnaast verdelen wij de regionale contracteerruimte in financiële sectorale kavels. Deze kavelindeling is relevant zodra er herschikkingsafspraken moeten worden gemaakt terwijl er sprake is van een verwacht budgettair regionaal tekort. De herschikkingsafspraken worden in dat geval passend gemaakt binnen de sectorale financiële kavel.

Hierover nog het volgende. Op het moment van het schrijven van dit inkoopkader zijn zowel het regiobudget als de beleidsregels van de NZa nog niet bekend. Duidelijk is wel dat voor een juiste werking van het 'geld volgt klant'-principe een goede monitoring van de productie noodzakelijk is. Wij verwachten dat u declaratiegegevens tijdig en correct aanlevert. Verder maken wij in de loop van het jaar maandelijks via onze website bekend (naar verwachting vanaf maand/periode 4 in 2024 wanneer wij inzicht hebben in de eerste declaratiegegevens uit de AW319) wat de verwachte benutting van de regionale contracteerruimte is en of er nog ruimte is voor het 'geld volgt klant'-principe. Als er in de loop van het jaar in de totaal naar jaarbasis geëxtrapoleerde zorgkosten een (dreigende) overschrijding wordt geconstateerd, wordt dit betrokken bij de herschikking, het moment waarop de vaste (bindende) volumeafpraak met u voor 2024 wordt gemaakt.

Aangezien de ontwikkeling per sector nogal verschillend is, wordt de regionale contracteerruimte dus op voorhand verdeeld in sectorale kavels. De extrapolaties van zorgaanbieders, gebaseerd op de geaccordeerde realisatie per

zorgaanbieder in de voorliggende periode, waar de geëxtrapoleerde zorgkosten nog wel binnen de contracteerruimte pasten, worden daarom aan de sectorale kavels getoetst. De sectorale 'budgetkavels' voor 2024 worden als volgt berekend:

*90 procent van de door de NZa berekende contracteerruimte zorg in natura voor 2024 voor Midden IJssel wordt verdeeld naar sectorale kavels op basis van het percentage aandeel van betreffende sectoren in de herschikkingsafspraken voor 2023. De overige 10 procent wordt verdeeld op basis van indicatie-ontwikkeling in 2023 en de verwachte indicatieontwikkeling in 2024 per sector.*

Wij informeren u in 2024 periodiek over de hoogte en de benutting van de regionale contracteerruimte via onze website.

## 4.6 Herschikking 2024

De herschikking is een formele procedure die op 1 november 2024 moet zijn afgerond. Hieronder leest u hoe wij in 2024 globaal invulling geven aan de herschikking, waarbij de definitieve productieafpraak 2024 tot stand komt. Over de nadere uitwerking van de procedure informeren wij u in de loop van 2024. De beleidsregels van de NZa blijven altijd het uitgangspunt.

Gelet op het 'geld volgt klant'-principe wordt een realistische productieverwachting bij voorkeur op een zo laat mogelijk moment bepaald. Als blijkt dat het budget niet toereikend is, kan dit eerder plaatsvinden. In beginsel wordt op basis van de naar jaarbasis geëxtrapoleerde realisatiecijfers over de eerste zes maanden van 2024 de definitieve productieafpraak voor de betreffende kavels door ons vastgesteld. Het spreekt daarbij voor zich dat het voor het opstellen van een adequate productie-verwachting (prognose) van groot belang is dat de aanlevering van declaraties tijdig en op juiste wijze in overeenstemming met de vigerende wet- en regelgeving plaatsvindt.

Wanneer de contracteerruimte toereikend is voor het (volledig) toekennen van productieafspraken op de geëxtrapoleerde realisatiecijfers, worden deze meegenomen in de herschikking 2024. Wanneer de contracteerruimte bij het maken van de definitieve afspraken toch overschreden dreigt te worden, wordt de prioriteit gegeven aan inspanningen die aan extramuralisering worden gegeven: wij honoreren daarom allereerst realistische productieafspraken voor de kavels vpt en mpt. De hierna resterende ruimte is beschikbaar voor productieafspraken op de kavels intramuraal. Hierbij worden onze bevindingen uit de afgelegde bezoeken in het kader van de sectorale kwaliteitskaders rondom kwaliteit van zorg en huisvesting nadrukkelijk betrokken. Wij maken in principe geen afspraken over het omzetten van zzp's van exclusief naar inclusief behandeling en ook niet over het omzetten van vpt en/of mpt naar intramuraal.

### Eigen Vermogen

Het is algemeen aanvaard dat zorginstellingen een risico-reserve aanhouden. Als bij de herschikking in 2024 blijkt dat het regiobudget niet toereikend is, vinden wij het gerechtvaardigd dat van instellingen met een zeer hoog Eigen Vermogen (EV vanaf 35 procent) niet vanzelfsprekend alle geprognoseerde productie bij de herschikkingsronde wordt meegenomen.

## 4.7 Overige financiële middelen

### Verwerking transitie-middelen 2024

De huidige financieringssysteem binnen de Wlz maakt het niet mogelijk om afspraken te maken in de vorm van lumpsum financiering. Dit betekent dat de financieringsafspraken (met kassier-instellingen) worden vastgelegd met gebruikmaking van de tariefruimte tussen de reguliere afgesproken tarieven en de NZa-maximumtarieven. De financieringsafspraken voor 2024 worden bij de herschikking 2024 meegenomen.

### Maatwerkruimte bij knelpunten

Er zijn verder geen extra middelen (bijvoorbeeld investeringsruimte of een knelpuntenbudget) beschikbaar voor 2024. Wij willen graag over dergelijke extra middelen beschikken om regionaal knelpunten op te lossen, eventuele maatwerkoplossingen voor cliënten te faciliteren en/of regionaal stimuleringsafspraken te maken. De krappe regionale contracteerruimte biedt niet of nauwelijks ruimte om naast de bekostiging van de reguliere zorgvraag hiervoor 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. Aangezien financieringsmogelijkheden in de vorm van lumpsum-financiering ontbreken worden deze afspraken binnen de bestaande mogelijkheden verwerkt.

Mochten er alsnog extra middelen beschikbaar komen dan informeren wij u hier vanzelfsprekend over.

# 5 Transitie middelen

Om de noodzakelijke beweging (transformatie) in de regio te ondersteunen stelt het ministerie van VWS tijdelijk voor de periode tot en met 2026 zogenaamde transitie middelen beschikbaar. Deze middelen zijn geoormerkt voor de sectoren V&V en Gz en ten behoeve van scheiden van wonen en zorg respectievelijk regionale samenwerking. Hieraan zijn uiteraard bepaalde voorwaarden verbonden die zijn opgenomen in hoofdstuk 6 van bijlage 4 (aanvullende inkoopvoorwaarden) De wijze waarop Salland Zorgkantoor deze middelen voor 2024 inzet wordt in dit hoofdstuk uiteengezet.

## 5.1 Van belang om te weten bij het indienen van plannen

Wij hebben in de regio Midden IJssel een goede samenwerkingsstructuur voor de inzet van transitie middelen beschikbaar, namelijk via Samen voor Sallandse Zorg (SvSZ). Binnen deze samenwerking wordt in het najaar een proces en tijdslijn afgesproken om te komen tot planvorming voor 2024.

Niet alle gecontracteerde zorgaanbieders voor de V&V en Gz zijn aangesloten bij SvSZ. Voor deze zorgaanbieders geldt:

- U kunt een plan voor 2024 indienen tot uiterlijk 31 december 2023;
- De middelen zijn bedoeld voor een regionale aanpak, dit betekent dat er altijd meerdere zorgaanbieders betrokken zijn bij het plan en er regionaal draagvlak voor is;
- Het plan voorziet in structurele borging van de beoogde verandering vanuit reguliere financiering (de tijdelijke extra middelen zijn immers bedoeld om de beweging in gang te zetten);
- Het is zeer wel denkbaar dat bovenregionaal/landelijke werkende zorgaanbieders deelnemen aan een initiatief dat zorgkantoorregio-overstijgend is. Salland Zorgkantoor maximeert in dat geval de mogelijke medefinanciering vanuit de transitie middelen tot het omzetaandeel Wlz (%) van betreffende zorgaanbieder(s) in de regio Midden IJssel.

## 5.2 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 stelt het zorgkantoor een inhoudelijk en begrotingsformat beschikbaar. Dit format zal na uiterlijk in september 2023 beschikbaar zijn en is opvraagbaar via uw zorginkoper;
- Alle aanvragen moeten uiterlijk 31 december 2023 bij ons binnen zijn via [Offerte-wlz@salland.nl](mailto:Offerte-wlz@salland.nl) o.v.v. "Aanvraag Transitie middelen 2024";
- 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.

### **5.3 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.

### **5.4 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. Voor projecten die binnen SvSZ zijn afgesproken sluiten wij aan bij de huidige wijze van monitoring en verantwoording die binnen SvSZ is ontwikkeld. Voor andere projecten worden hierover separaat afspraken vastgelegd.

# 6 Uw 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 welke soorten overeenkomsten wij sluiten en wat wij verstaan onder bestaande zorgaanbieders en nieuwe zorgaanbieders.

## 6.1 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 lichten toe in paragraaf 6.2.

De volgende type afspraken behoren tot de mogelijkheden:

### Meerjarenovereenkomst 2024-2026 (met optie tot verlenging)

Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', die het hele aan 2024 voorafgaande jaar een overeenkomst hebben gehad en een Wlz-omzetgrens hebben in 2023 van €100.000 of meer, komen in aanmerking voor een overeenkomst voor drie jaar (2024-2026) met de mogelijkheid voor het zorgkantoor om, naar analogie van eventuele verlenging van het inkoopkader, de overeenkomst eenzijdig twee keer voor een periode van één jaar te verlengen.

Met deze meerjarenovereenkomst markeren wij ons vertrouwen in de wederzijdse contractrelatie, borgen wij de toegankelijkheid en continuïteit voor de komende jaren en beperken wij de administratieve lasten. Met meerjarig contracteren beogen wij nadrukkelijk ook om u het comfort te bieden om investeringen ten behoeve van de noodzakelijke beweging te kunnen doen.

### Eénjarige overeenkomst voor 2024

- Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' die een overeenkomst voor een deel van het aan 2024 voorafgaande jaar hebben gehad, komen in aanmerking voor een overeenkomst voor één jaar (2024);
- Bent u een bestaande zorgaanbieder die, op basis van de Wlz-declaratiegegevens 2023, uitkomt op een herschikkingsafpraak voor 2023 in de regio Midden IJssel onder een omzetgrens van € 100.000: u krijgt 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 in aanmerking voor een overeenkomst van één jaar (2024);
- Nieuwe zorgaanbieders komen in aanmerking voor een eenjarige overeenkomst (2024)

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

Zoals hierboven al is aangegeven maken wij bij de contractering onderscheid tussen de bestaande en nieuwe zorgaanbieders.

Bestaande zorgaanbieder:

- 1) Bestaand voor het zorgkantoor: zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt.
- 2) Bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor: zorgaanbieder die nieuw is voor het zorgkantoor waar ingeschreven wordt, maar op het moment van inschrijven al wel een overeenkomst heeft met ten minste één ander zorgkantoor voor minimaal het hele kalenderjaar 2023 en waarbij hij ten minste vanaf 1-1-2023 ook daadwerkelijk zorgkosten declareert.

Nieuwe zorgaanbieder:

- 3) Nieuwe zorgaanbieder:
  - a. zorgaanbieder die op het moment van inschrijven met nog geen enkel zorgkantoor een overeenkomst heeft.
  - b. zorgaanbieder die nieuw is voor het zorgkantoor waar ingeschreven wordt en op het moment van inschrijven al wel een Wlz-overeenkomst met een ander zorgkantoor heeft maar niet voor het hele kalenderjaar 2023 of wel voor het hele kalenderjaar 2023 maar daarbij niet ten minste vanaf 1-1-2023 daadwerkelijk zorgkosten declareert. Een dergelijke zorgaanbieder is voor het zorgkantoor waar voor het eerst voor 2024 ingeschreven wordt een nieuwe zorgaanbieder.

Dit onderscheid is van belang voor de te sluiten overeenkomst (zie paragraaf 6.1) maar ook voor de procedure van en beoordeling bij inschrijving (zie hoofdstuk 7).

## 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.

**U heeft een overeenkomst tot en met 31 december 2023 met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt ('Bestaand voor het zorgkantoor' met een driejarige, een tweejarige of een éénjarige overeenkomst):**

1

**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 plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de eerdere inschrijvingsdocumenten en/of overeenkomst moet u dit melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aanleveren. Zorgaanbieders moeten, ook wanneer er geen wijzigingen zijn, desgevraagd de onderbouwende stukken bij de bestuursverklaring aan het zorgkantoor kunnen overleggen. Wanneer zorgaanbieders van plan zijn nieuw zorgaanbod te ontwikkelen, kan hierop een toelichting gevraagd worden 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 'bestaand 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 inkoopkader)) aan. Het is niet nodig om informatie ter onderbouwing van de bestuursverklaring aan te leveren, omdat u al door een ander zorgkantoor bent gecontracteerd voor het leveren van Wlz-zorg. Zorgkantoren wisselen, indien nodig, onderling overige aanvullende informatie uit.

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.

# 7 De procedure van inschrijving bij Salland Zorgkantoor

De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de regionale zorgcontractering. Dit inkoopdocument is daarom specifiek toegespitst op de regio-specifieke 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<sup>6</sup> 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.

- **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 2024 al dan niet van plan bent te werken met onderaannemers.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> Het zorgkantoor wil weten welke onderaannemers actief zijn en voor welk deel van de productie zij ingezet worden. Onze richtlijn is dat zorgaanbieders tenminste  $\frac{2}{3}$  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

---

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Voor de definitie van onderaanneming verwijzen wij naar de overeenkomst.

<sup>8</sup> Zie Artikel 10 lid 1 van Deel III: Algemeen deel van de Wlz-overeenkomst en de Bestuursverklaring onder punt 4.

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 2 '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 2 '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 28 juli 2023 17:00 uur) heeft de zorgaanbieder nog een keer de mogelijkheid om opnieuw in te schrijven voor het betreffende jaar. Hiervoor gelden de procedures voor tussentijds contracteren.

### **Controle van hetgeen is verklaard in de bestuursverklaring en 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 6.2) 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<sup>9</sup>, 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).

### 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<sup>10</sup> 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;

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Zie voetnoot 9.

- 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 tijdspad geldt voor het inkoopproces 2024

De procedure voor de zorginkoop 2024 kent onderstaande tijdspad<sup>11</sup>. Let op: voor de inschrijving in onze regio maken wij vanaf dit jaar gebruik van het VECOZO-zorginkoopportaal.

FASE	WIE	DATUM
Publicatie inkoopkader en landelijke visie	Zorgkantoor	1 juni 2023
Voorlichting/toelichting inkoopkader	Zorgkantoor	7 juni 2023
Indienen van vragen ten behoeve van Nota van Inlichtingen	Zorgaanbieder	Uiterlijk 15 juni 2023 12:00 uur
Publicatie Nota van Inlichtingen	Zorgkantoor	30 juni 2023
Inschrijving nieuwe en bestaande zorgaanbieders via VECOZO inkoopportaal	Zorgaanbieder	Uiterlijk 28 juli 2023 17:00 uur
Mogelijkheid tot gesprek over contractering en voorwaarden	Zorgkantoor/ Zorgaanbieder	Uiterlijk 29 september 2023 afgerond
Mogelijke afwijzing nieuwe zorgaanbieders	Zorgkantoor	Uiterlijk 1 oktober 2023
Tariefaanbod aan te contracteren zorgaanbieders	Zorgkantoor	Uiterlijk 1 oktober 2023
Voorlopige contractering (overeenkomst en vaststelling tariefpercentage)	Zorgkantoor	Uiterlijk 20 oktober 2023
Indienen afspraken bij het zorgkantoor (in NZa-portaal)	Zorgaanbieder	Uiterlijk 1 november 2023
Indiening productieafspraken/budget bij NZa door het zorgkantoor	Zorgkantoor	Uiterlijk 15 november 2023

<sup>11</sup> Het tijdspad voor 2025 en 2026 publiceren wij te zijner tijd in de aanvulling op dit inkoopkader voor 2025 respectievelijk 2026.

**Als u per 1 januari 2024 een overeenkomst wilt sluiten, schrijft u uiterlijk 28 juli 2023 17.00 uur in.**

Wanneer u met ingang van 1 januari 2024 in aanmerking wilt komen voor een overeenkomst, dan kunt u uiterlijk 28 juli 2023 17:00 uur inschrijven bij het zorgkantoor dat verantwoordelijk is voor de regio waar uw klanten wonen.



**Let op: vanaf dit jaar inschrijving via het VECOZO zorginkoopportaal**

Voor de inschrijving maken wij vanaf dit jaar gebruik van het zorginkoopportaal van VECOZO. Vanaf 1 juli 2023 is het VECOZO zorginkoopportaal beschikbaar. Via dit portaal dient u uw inschrijving bij ons in. De inkoop sluit vrijdag 28 juli 2023 om 17.00 uur exact. Vul de inschrijving tijdig in en upload alle gevraagde documenten. Offertes 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 U kunt zich ook tussentijds inschrijven voor 2024**

Zorgaanbieders die verwachten pas in de loop van 2024 te starten, wijzen wij uitdrukkelijk op de mogelijkheid om tussentijds te contracteren. Een zorgaanbieder kan tussentijds inschrijven tot 1 maart 2024. Zorgkantoren streven naar een beoordelingstermijn van ongeveer twee maanden, na de hierboven genoemde datum. Voor het tussentijds inschrijven volgt u de procedure die behoort bij het type zorgaanbieder waar u onder valt (zie paragraaf 6.3).

Zorgaanbieders die naar aanleiding van een inschrijving (uiterlijk 28 juli 2023 17:00 uur) zijn afgewezen, hebben nog één keer de mogelijkheid om via tussentijds contracteren opnieuw in te schrijven voor een overeenkomst voor 2024.

### **7.5 Indienen productieafspraken**

Met zorgaanbieders waarmee wij een overeenkomst sluiten maken wij afspraken over welke prestaties zij willen en kunnen leveren. De indieningsdatum bij de NZa is uiterlijk 15 november 2023.

# 8 Welke 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 inkoopkader voor Midden IJssel geldt voor de periode 2024 - 2026, met een optie tot verlenging van tweemaal een jaar. Deze looptijd van drie jaar is gekozen om ruimte te bieden voor meerjarige afspraken.

Gedurende de looptijd publiceren wij jaarlijks een aanvulling op het inkoopkader. Deze jaarlijkse aanvullingen tijdens de looptijd van dit inkoopkader 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 inkoopkader die alleen betrekking hebben op 2024 (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.

### Vragen over onduidelijkheden, onvolkomenheden of onjuistheden in het beleid

Mocht u na het lezen van ons beleid nog vragen hebben, dan kunt u uw vragen digitaal stellen. Gebruikt u voor het stellen van vragen het formulier dat wij hiervoor beschikbaar stellen op onze website:

<https://www.sallandzorgkantoor.nl/actualiteiten/contractering-zorginkoop-2024>. U mailt dit formulier naar [Offerte-wlz@salland.nl](mailto:Offerte-wlz@salland.nl). Vanaf de publicatiedatum op 1 juni bent u uiterlijk tot en met 15 juni 2023 12:00 uur in de gelegenheid om vragen te stellen. Na deze sluitingsdatum is het niet meer mogelijk om vragen te stellen over de inkoopprocedure en bijbehorende documenten.

In de Nota van Inlichtingen publiceren wij de antwoorden op de vragen die voor iedereen van belang zijn. Vragen en/of opmerkingen van een zorgaanbieder waarvan het antwoord gevolgen heeft voor alle zorgaanbidders publiceren wij uiterlijk 30 juni 2023 in de Nota van Inlichtingen op onze website. Wij bundelen vragen van gelijke strekking, vatten de strekking samen en geven één antwoord op deze gebundelde vragen. De gestelde vragen, van antwoorden voorzien, komen dus niet letterlijk terug in de Nota van Inlichtingen. De gepubliceerde Nota van Inlichtingen prevaleert boven de inkoopdocumenten en maakt onderdeel uit van deze inkoopprocedure.

### Bezwaren tegen het zorginkoopbeleid

Heeft u bezwaren tegen of wilt u een gerechtelijke procedure starten over (een deel van) het zorginkoopbeleid? Dan adviseren wij u om eerst telefonisch contact op te nemen met uw vaste zorginkoper. Hiermee willen wij misverstanden en onnodige administratieve lasten voorkomen.

Als u toch een bezwaar wilt indienen of een gerechtelijke procedure willen starten, dan moet u het bezwaar indienen of de procedure aanhangig maken uiterlijk binnen 20 dagen na onze publicatie van het betreffende onderdeel van het zorginkoopbeleid.

Deze termijn is een vervaltermijn. Als u niet binnen die termijn bezwaar heeft gemaakt of de gerechtelijke procedure aanhangig heeft gemaakt, dan kunt u op een later moment (al dan niet in rechte) geen beroep meer doen op punten waarover u niet binnen die termijn bezwaar heeft gemaakt. U kunt ook geen beroep doen op (de uitkomst van) vragen en bezwaren die niet door u, maar door een of meer andere zorgaanbieders zijn gesteld.

Als u een gerechtelijke procedure aanhangig maakt, dan moet u met inachtneming van voornoemde vervaltermijn ook bezwaar hebben gemaakt over hetzelfde deel van het zorginkoopbeleid. Als u dit nalaat, vervalt uw mogelijkheid om in rechte tegen (dat deel van) het zorginkoopbeleid op te komen.

U dient een bezwaar in via [Offerte-wlz@salland.nl](mailto:Offerte-wlz@salland.nl) en vermeldt daarbij in het onderwerpveld van uw e-mailbericht 'BEZWAAR procedure/inkoopbeleid Wlz 2024'. Let op: alleen als u BEZWAAR opneemt in het onderwerp behandelen wij uw e-mailbericht als bezwaar. Het indienen van een bezwaar en het aanhangig maken van een gerechtelijke procedure hebben geen opschortende werking van het (bestreden deel van het) zorginkoopbeleid.

### **Bezwaren tegen de uitkomst van de zorginkoopprocedure**

Heeft u bezwaren tegen of wilt u een gerechtelijke procedure starten over de uitkomst van de inkoopprocedure? Dan adviseren wij u om eerst telefonisch contact op te nemen met uw vaste zorginkoper. Hiermee willen wij misverstanden en onnodige administratieve lasten voorkomen.

Als u toch een bezwaar wilt indienen of een gerechtelijke procedure willen starten, dan moet u het bezwaar indienen of de procedure aanhangig maken uiterlijk binnen 20 dagen na onze bekendmaking van de uitkomst van de inkoopprocedure.

Deze termijn is een vervaltermijn. Als u niet binnen die termijn bezwaar heeft gemaakt of de gerechtelijke procedure aanhangig heeft gemaakt, dan vervalt de mogelijkheid om nog (in rechte) tegen de uitkomst van de inkoopprocedure op te komen.

Op argumenten over het zorginkoopbeleid die u niet tijdig, dus met inachtneming van de hiervoor genoemde vervaltermijn na onze publicatie van het zorginkoopbeleid, heeft ingediend bij het zorgkantoor, kunt u geen beroep doen in de procedure tegen de uitkomst van de inkoopprocedure. U kunt ook geen beroep doen op (de uitkomst van) vragen en bezwaren die niet door u, maar door een of meer andere zorgaanbieders zijn gesteld.

Als u een gerechtelijke procedure aanhangig maakt, dan moet u tevens met inachtneming van voornoemde vervaltermijn bezwaar hebben gemaakt over hetzelfde onderwerp. Als u dit nalaat, vervalt uw mogelijkheid om in rechte tegen de uitkomst van de inkoopprocedure op te komen.

U dient een bezwaar in via [Offerte-wlz@salland.nl](mailto:Offerte-wlz@salland.nl) en vermeldt daarbij in het onderwerpveld van uw e-mailbericht 'BEZWAAR procedure/inkoopbeleid Wlz 2024'. Let op: alleen als u BEZWAAR opneemt in het onderwerp behandelen wij uw e-mailbericht als bezwaar.

Het indienen van een bezwaar schorst de inkoopprocedure niet.

### 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 aanbrengen 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 inkoopkader

Wij publiceren dit zorginkoopkader op een moment waarbij er nog geen volledige duidelijkheid is over de beleidsregels voor 2024 en verder van de NZa en de voor de regio Midden IJssel beschikbare contracteerruimte. De datum voor de vaststelling van de tarieven voor 2024 is nog niet bekend, maar deze worden zeker niet voor 1 juli 2023 vastgesteld.

Dit zorginkoopkader voor 2024-2026 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

1. Overeenkomst Wlz 2024 - 2026
2. Overeenkomst Wlz 2024
3. Bestuursverklaring 2024
  - a. Bijlage opgave onderaannemers
4. Aanvullende inkoopvoorwaarden
5. Declaratieprotocol 2024
6. Voorschrift Zorgtoewijzing 2024 (volgt later dit jaar)
7. Onderbouwing landelijk richttariefpercentage
8. Aan te leveren documenten zorgaanbieders