

# Maatwerk in de regio

**Nota van Inlichtingen 2022**

**Overzicht vraag en antwoord  
bij het Inkoopkader Wet langdurige zorg 2021 – 2023**

**Aanvulling voor 2022**

Zorgverzekeraars Nederland

30 juni 2021



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0797	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	o. Inleiding	In de op 28 mei 2021 gepubliceerde inkoopdocumenten wordt zowel gesproken over het jaar 2022 als het jaar 2023. Het is hierdoor niet duidelijk op welke jaren de inkoopprocedure ziet. Zien de op 28 mei 2021 gepubliceerde inkoopdocumenten enkel op de inkoop voor het jaar 2022 en worden er voor 2023 nieuwe inkoopdocumenten vastgesteld? Of zien de op 28 mei 2021 gepubliceerde inkoopdocumenten op de inkoop voor de jaren 2022 én 2023, waardoor er voor 2023 geen nieuwe inkoopdocumenten meer zullen worden vastgesteld? Wij gaan ervanuit dat er voor het jaar 2023 nieuwe inkoopdocumenten worden vastgesteld, en de inschrijver op dat moment bezwaar kan maken tegen hetgeen in de inkoopdocumenten is opgenomen aangaande het jaar 2023. Kunt u de juistheid van deze stelling bevestigen? Wordt er voor 2023 vastgehouden aan een richttarief van 95,8% of kan dit ook nog wijzigen? Indien voor 2023 een lager (richt)tarief wordt aangeboden, mogen wij dan de overeenkomst beëindigen zonder schadeplichtig te worden?	De op 28 mei 2021 gepubliceerde inkoopdocumenten kennen een meerjarig karakter, deze zijn een aanvulling op de inkoopdocumenten voor 2021-2023, met daarin specifiek de wijzigingen en aanvullingen voor 2022. Verwachting is dat er voor 2023 ook een aanvulling zal worden gepubliceerd. De systematiek van het richttariefpercentage blijft in 2023 in principe ongewijzigd. Evenals voorgaande jaren en dit jaar kunnen over de gewijzigde teksten en aanvullingen vragen gesteld worden of kan bezwaar gemaakt worden. Hiervoor kunnen de procedures gevolgd worden die regionaal gelden.
VID-0540	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	Uitwerking van het inkoopdoel "Optimaal inzetten van de beschikbare middelen voor de klant". Er wordt een zeer eenzijdig beeld geschetst over de as van innovaties, zonder de middelen te verstrekken om te investeren of kwaliteitskaders los te laten. Kunt u aangeven waar de investeringen in innovatie en technologie van moeten worden bekostigd in de sector?	In hoofdstuk 1 worden de landelijke ontwikkelingen en beleid in de langdurige zorg geschetst.  Voor de bekostiging van innovaties verwijzen wij u naar paragraaf 2.2.2, waarin staat beschreven dat er maatwerkafspraken mogelijk zijn over o.a. innovaties. Verdere uitwerking hiervan kunt u vinden in het regionale beleid.
VID-1019	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	"VWS continueert de dialoog over vereenvoudiging van administratieve processen door de komende periode met alle stakeholders naar verdere oplossingsrichtingen te zoeken. " Hoe wordt dit geborgd met de nieuwe instroom en de behoefte aan grip op de nieuwe instroom die ontstaat bij de zorgkantoren?	Wij streven er naar de administratieve lasten zo beperkt mogelijk te houden voor alle betrokken partijen. Dit geldt ook bij de instroom van nieuwe (groepen) klanten in de Wlz en het wenselijke zicht van zorgkantoren op de impact hiervan. Wij trachten daarbij een goede balans te vinden tussen voldoende zicht op de instroom van nieuwe klanten en de administratieve last die dat met zich meebrengt.
VID-1314	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	Wat verstaan jullie onder Wzd-crisisplekken?	Hieronder verstaan wij beschikbare crisisplekken voor klanten die met spoed onvrijwillig opgenomen moeten worden en waarop de Wzd van toepassing is.
VID-1606	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	zorgkantoor geeft aan dat er onderzoek is naar de bereikbaarheid en beschikbaarheid van medisch generalistische zorg. Een eerste richting wijst uit dat er voorkeur is deze zorg geheel onder te brengen in de Zvw. Zou dit betekenen dat de huisarts en de mondzorg voor de klanten in de Wlz (integrale bekostiging) ook onder de Zvw zouden gaan vallen?	Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat de aanbeveling gedaan is om de medisch generalistische zorg, zoals gedefinieerd in dat onderzoek, onder één domein te brengen met als voorkeur de Zvw. Als dit advies van de NZa wordt overgenomen door VWS dan is uw aanname juist dat huisartsenzorg voor Wlz-klanten bekostigd zal worden vanuit de Zvw. Op dit moment is dit echter nog niet meer dan een advies. Mondzorg valt niet onder medisch generalistische zorg.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1628	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	Arbeidsmarktproblematiek vraagt om leiderschap en lef. Het opleiden van nieuwe medewerkers vraagt gezien het gespecialiseerde karakter van onze zorg extra inspanningen (o.a. de opleiding gericht op de visuele functie). Is het zorgkantoor bereid om voldoende ruimte in het tarief te geven zodat er ruimte is voor deze extra opleiding en medewerkers voldoende handelingsbevoegd en -bekwaam zijn?	De tariefsystematiek geeft de mogelijkheid om maatwerkafspraken te maken. Hierover verwijzen wij u naar het beleid van uw regionale zorgkantoor.
VID-1629	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	Vermindering administratieve lasten: Welke stappen is het zorgkantoor voornemens om hier invulling aan te geven? Is het zorgkantoor bereid om haar invloed aan te wenden om bij beleidsmakers onder de aandacht te brengen dat invoeringstrajecten zoals b.v. de Wzd op verhoging van de administratieve last getoetst worden. En indien verhoging van de administratieve last onvermijdelijk is, voldoende ruimte in het tarief op te bouwen zodat deze extra handelingen niet ten koste gaat van de zorg aan onze klanten?	Bij bestaande en nieuwe wetgeving kijken wij ook altijd naar de gevolgen voor de administratieve lasten voor de zorgaanbieders bij de implementatie. Wij koppelen dit dan ook altijd terug naar de wetgever en/of toezichthouder in het kader van uitvoerbaarheid. Zorgkantoren trachten zelf ook de administratieve last zoveel mogelijk te beperken, bijvoorbeeld door geen extra uitvragen te doen als dit niet strikt noodzakelijk is.
VID-1825	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	"De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op verzoek van VWS onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van de medisch-generalistische zorg (MGZ) voor klanten met een Wlz-indicatie. De NZa heeft in april 2020 VWS geadviseerd om de MGZ geheel onder te brengen in de Wlz óf in de Zvw. VWS sprak in januari 2021 in een brief aan de Tweede Kamer een lichte voorkeur uit voor bekostiging van alle medisch generalistische zorg uit de Zvw". Is ZN ook betrokken geweest bij dit advies of is er een standpunt ingenomen?	ZN is betrokken geweest bij dit advies en heeft hierover een standpunt ingenomen. Dit standpunt leest u in dit nieuwsbericht: <a href="https://www.zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=6032752640">https://www.zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=6032752640</a>
VID-2080	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	Hier wordt gesproken over reguliere en Wzd crisisplekken. Zijn Wzd plekken altijd crisisplekken? Zo ja, gaan deze uitgebreid worden ivm de gesignaleerde knelpunten bij plaatsingen?	Nee, niet iedere klant die op grond van de Wzd wordt opgenomen, verkeert in een crisissituatie. Wzd plekken zijn dus niet altijd crisisplekken: die zijn maar nodig voor een klein deel van de Wzd-klanten die opgenomen moeten worden. Als een zorgaanbieder van voorkeur een reguliere plek beschikbaar heeft, waar passende zorg aan de Wzd-klant geleverd kan worden, kan de onvrijwillige opname direct op deze plek plaatsvinden. Wanneer er sprake is van een toename van klanten die moeten worden opgenomen op (Wzd-) crisisplekken kunt u met uw regionale zorgkantoor in gesprek gaan.
VID-2279	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	U constateert dat het verminderen van administratieve lasten een gezamenlijke inspanning is van zowel VWS, als zorgkantoren als aanbieders. In het inkoopdocument van het zorgkantoor lezen we vooral aanvullende administratieve verplichtingen: extra spiegelinformatie over bedrijfsvoering en extra spiegelinformatie over NHC. Welke administratieve lastenverlichting staat tegenover deze nieuwe uitvraag?	Zoals beschreven in paragraaf 1.1, vragen wij alleen op als dit nodig is. De verder in het beleid beschreven wens naar spiegelinformatie is nodig om onze toekomstige uitdagingen beter aan te kunnen. Zoals beschreven willen wij in de dialoog met u kijken hoe wij de input kunnen verkrijgen. Hierbij nemen wij goed in ogenschouw welke administratieve lasten er bij zorgaanbieders komen en waar wij als zorgkantoren zelf al input kunnen genereren.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2304	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	Er wordt een voorbehoud gemaakt ten aanzien van politieke keuzes die het inkoopkader 2021-2023 raken. Gezien de inkoop van 2022 reeds is gestart, en het belang van structurele duidelijkheid in (onder andere) financiering binnen de sector, gaan wij er vanuit dat ZN zich inzet om het inkoopkader 2021-2023 vast te houden waardoor financiële zekerheid wordt geboden. Zeker gezien de benodigde ontwikkeling in de vraag naar verpleeghuisplaatsen.	De zorgkantoren zetten zich zeker in om zoveel mogelijk zekerheid te kunnen bieden.
VID-0520	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	Bij de visie op ouderenzorg staat beschreven dat de zorginhoud centraal staat en dat moet worden voorkomen dat een eigen bijdrage leidt tot keuzes die niet aansluiten bij de feitelijke zorgvraag. In de praktijk merken we vrijwel dagelijks dat de eigen bijdrage bij de klant leidt tot keuzes die niet aansluiten bij de zorgvraag. Hoe gaat het zorgkantoor zich inzetten voor het wegnemen van deze verkeerde prikkel?	Ons is bekend dat dit een van de belemmeringen kan zijn voor een soepele overgang tussen domeinen en het is dus een belangrijk aandachtspunt bij dit thema. Naast heldere informatie over de eigen bijdrage Wlz aan klanten vragen wij hiervoor regelmatig aandacht bij de verantwoordelijke instanties.
VID-1092	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	Op welke wijze gaat het zorgkantoor om met meerkosten en omzeterderving a.g.v. Corona in 2022?	In de NZa beleidsregels staan de voorwaarden voor de meerkosten en omzeterderving a.g.v. Corona omschreven. Ten tijde van publicatie van de nota van inlichtingen zijn de beleidsregels 2022 nog niet gepubliceerd. Wij verwijzen u naar deze beleidsregels voor nadere informatie over de voorwaarden.
VID-1123	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	"Het organiseren van passende zorg vraagt om het wegnemen van verkeerde prikkel binnen het stelsel". Aan welke prikkels denkt u, en hoe kunnen deze worden weggenomen?	Ons is bekend dat er belemmeringen kunnen optreden in een soepele overgang tussen domeinen door zgn. 'schotten' tussen zorgwetten. Hierover zijn wij in gesprek met de verantwoordelijke instanties. Daarnaast geven wij heldere informatie over mogelijkheden en voorwaarden, waaronder de eigen bijdrage Wlz, aan klanten.
VID-1127	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	Aan de verdere ontwikkeling van regionale samenwerking in de V&V wordt een deel van het voormalige kwaliteitsbudget besteed, aangevuld met de bestaande geormerkte budgetten. Betekent de wijziging in de totale budgettering en toewijzing van financiële middelen op regionaal niveau tot een verkrapping van het budget voor de individuele instellingen?	Voor nadere toelichting op de wijze waarop het zorgkantoor invulling geeft aan het toewijzen van deze financiële middelen verwijzen wij u naar het regionale beleid van het betreffende zorgkantoor.
VID-1826	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	Onder het kopje passende huivering geeft u aan dat de ontwikkeling van een passend woonaanbod o.a. Flexibel bouwen omvat. Wat wordt precies bedoeld met flexibel bouwen?	Flexibel bouwen omvat gebouwen die naast een zorgfunctie, nu of in de toekomst, ook andere doelgroepen kan huisvesten.
VID-1844	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	Valt het uitbreiden van intramurale verpleeghuiszorg (zonder scheiding wonen en zorg) ook onder een passend woonaanbod?	Ja, het behouden en herontwikkeling van intramurale zorg valt ook onder het creëren van een passend woonaanbod.
VID-1845	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	Welke financiële zekerheid kan geboden worden in de NHC, gezien de ontwikkelingen op vastgoed gebied?	In het landelijk inkoopkader is weergegeven dat zorgkantoren in 2022 100% van de NHC/NIC-component vergoeden. In 2023 wordt er geen landelijke generieke korting toegepast op de NHC/NIC-component.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1846	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	In de commissie REIS is ook benoemd om de onduidelijkheid over financiering van het VPT (ook een schot) weg te nemen. Is dat ook een van de doelen voor de komende jaren?	De financiering van het VPT is onderdeel van de Wlz. Indien er problemen ontstaan ten gevolge van schotten of onduidelijkheid zullen wij in dialoog met de zorgaanbieder kijken naar passende oplossingen.
VID-1978	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	In de tekst staat aangegeven: "Vanaf 2022 landen de middelen van het kwaliteitsbudget in de tarieven voor de V&V". Heeft dit ook effect op de extramurale V&V-tarieven, en zo ja wat is dan het effect hiervan?	De extra middelen zijn door de NZa verwerkt in de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV. Zorgaanbieders die deze prestaties declareren ontvangen de kwaliteitstoeslag als onderdeel van het tarief.
VID-1979	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	In de tekst staat aangegeven: "Inwoners van Nederland mogen zo min mogelijk hinder ondervinden van de 'schotten' tussen zorgwetten. Indien een klant Zvw zorg krijgt en hij wordt op de wachtlijst voor intramuraal geplaatst, dan moet de klant vanaf dat moment een eigen bijdrage in het kader van de Wlz gaan betalen. Zou het niet logischer zijn dat de financiering naar de Wlz over gaat op het moment dat de klant daadwerkelijk naar de intramurale zorg gaat?"	Ons is bekend dat de eigen bijdrage een van de belemmeringen kan zijn voor een soepele overgang tussen domeinen en het is dus een belangrijk aandachtspunt bij dit thema. Naast heldere informatie over de eigen bijdrage Wlz aan klanten vragen wij hiervoor regelmatig aandacht bij de verantwoordelijke instanties.
VID-1983	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	De zorgkantoren geven aan graag samen met partijen in te zetten op meerjarig perspectief en zekerheid om financiële investeringen te stimuleren en aan de opgave te voldoen. VRAAG: wat wordt hier precies bedoeld? Is deze mogelijkheid er ook in de GZ en GGZ? Zie bijvoorbeeld ook de opmerking op pagina 15 dat in de GZ en GGZ met name vraag is naar specialistische voorzieningen.	In paragraaf 1.2 gaan wij specifiek in op de sector verpleging en verzorging in verband met de forse capaciteitsopgave die deze sector kent binnen de kaders van het plan van aanpak capaciteitsontwikkeling verpleegzorg. Uiteraard blijven wij ook in de GZ- en GGZ-sector in dialoog om te kijken naar een meerjarig perspectief. Echter voor deze twee sectoren zijn geen landelijke afspraken gemaakt over de capaciteitsopgave en zijn er geen financiële middelen beschikbaar.
VID-2377	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	ZN noemt de behoefte van zorgorganisatie aan financiële zekerheid en wil daar graag met de zorgorganisaties op in zetten. Echter in de nieuwe inkoopsystematiek komt er een richttariefpercentage, die ook geldt voor de kwaliteitsgelden. Deze gelden werden de afgelopen jaren lumpsum ontvangen. De zorgkantoren hebben de vrijheid om af te wijken van het richttariefpercentage ook in negatieve zin. Daarnaast is nog onbekend wat de integrale vergelijking in financiële zin gaat betekenen. Waar moet een zorgorganisatie de financiële zekerheid in deze omstandigheden vandaan halen en welke ondersteuning en garanties mag een zorgorganisatie van een zorgkantoor verwachten?	In het regionale inkoopbeleid van zorgkantoren wordt weergegeven hoe het zorgkantoor omgaat met de landing van het kwaliteitsbudget. De vijf zorgkantoren die werken met het richttariefpercentage hebben ook in het regionale beleid uitgewerkt hoe ze omgaan met eventuele aanpassingen op het inkoopbeleid. De integrale vergelijking is een traject van de NZa, welke de zorgkantoren wel met interesse volgen. De zorgkantoren begrijpen dat financiële zekerheid van groot belang is, daarom werken wij ook aan een optimale inzet om zo de zorg toekomstbestendig te houden.
VID-0928	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.3 Ontwikkelingen in de Gehandicaptenzorg (GZ)	Op dit moment leggen partijen uit eigen resources veel geld bij voor de behandeling van complexe VG-klanten in VIC-IC units. Ook in de webinar is gesproken over de ontoereikendheid van het VG7 tarief (VIC-IC behandeling). Aangegeven werd dat hierover overleg plaats vindt met VWS, VGN en de NZa. Kunt u aangeven op welke termijn dit overleg tot concreet resultaat moet gaan leiden?	De verwachte planning is dat VWS eind juli 2021 haar onderdeel in het onderzoek gereed heeft en de NZa eind september 2021. Wanneer dit zal leiden tot een concreet resultaat weten wij niet. VWS en de NZa hebben hierin de regie.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1027	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.3 Ontwikkelingen in de Gehandicaptenzorg (GZ)	Ontwikkeling passend woon aanbod gerelateerd aan toekomst perspectief vraagt om inzet van middelen en menskracht. Kan het zorgkantoor de garantie geven dat de NHC/NIC component de komende 5 jaar (huidige contractperiode plus een verlenging) voor 100% gegarandeerd wordt, zodat er ook daadwerkelijk (financiële) ruimte is om deze ontwikkeling te realiseren?	Zorgkantoren kunnen geen garantie geven dat de NHC/NIC component de komende 5 jaar voor 100% wordt gegarandeerd.
VID-1028	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.3 Ontwikkelingen in de Gehandicaptenzorg (GZ)	Zorgvraag staat centraal: vraagt om flexibel woon- en zorg aanbod -> gaat gepaard met hogere kosten (deeltijdzorg, logeren, meer eigen ruimte klant, etc). Meer inzetten op flexibele vormen van Wlz-zorg gaat niet altijd hand in hand met efficiënte bedrijfsvoering en efficiënte inzet van beschikbare plaatsen en medewerkers. De tarieven houden onvoldoende rekening met snijverliezen welke ontstaan bij flexibilisering van het woon- en zorgaanbod. Is het zorgkantoor bereid om hiervoor extra financiële ruimte in te bouwen (tarief en/of toeslagen), zodat deze flexibilisering kostendekkend geïmplementeerd en geëxploiteerd kan worden?	Dit is een specifieke vraag en vraagt om maatwerk per initiatief. U kunt dit bespreekbaar maken met de inkoop van uw zorgkantoor.
VID-0001	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.4 Ontwikkelingen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Gaat de (gespecialiseerde) jeugdzorg in de nabije toekomst ook onder de verantwoordelijkheid van zorgkantoren vallen?	De verwachting is dat jeugdigen die blijvend intensieve psychische zorg nodig hebben, mogelijk toegang krijgen tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Het gaat om een relatief kleine groep jeugd met een GGZ-aandoening die levenslang 24 uur toezicht of zorg in de nabijheid nodig heeft. De staatssecretaris heeft besloten om te starten met voorbereidende activiteiten. Er wordt een projectorganisatie ingericht, de nog openstaande vraagstukken worden opgepakt en het proces van aanvraag bij het CIZ tot de zorgtoewijzing door de zorgkantoren in de Wlz wordt ingericht. Als deze doelgroep per 2023 naar de Wlz komt, dan vallen ze onder de verantwoordelijkheid van zorgkantoren en zullen we hierover samen met zorgaanbieders inkoopafspraken moeten maken.
VID-0156	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.4 Ontwikkelingen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	VWS beoogt om vanaf 2023 jeugdigen met een psychische stoornis toegang te verlenen tot de Wlz. Vraag: de aanbesteding is voor 2022 en voor 2023. Hoe wordt dit er dan bij gehaald? Welke categorie jeugd betreft dit of is het een specifiek groep? Is het alleen voor nieuwe patiënten of ook voor huidige patiënten?	Zoals u aangeeft is de wetwijziging nog niet definitief. De staatssecretaris heeft besloten om te starten met voorbereidende activiteiten. Er wordt een projectorganisatie ingericht, de nog openstaande vraagstukken worden opgepakt en het proces van aanvraag bij het CIZ tot de zorgtoewijzing door de zorgkantoren in de Wlz wordt ingericht. De doelgroep zijn kinderen (jonger dan 18 jaar) die hun hele leven permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben om ernstig nadeel te voorkomen. Deze groep krijgt per 2023 mogelijk toegang tot de Wlz. De doelgroep is niet op voorhand af te bakenen aan de hand van de problematiek. Pas bij de indicatiestelling door het CIZ wordt duidelijk welke jeugdige daadwerkelijk toegang krijgt tot de Wlz. Als deze doelgroep per 2023 naar de Wlz komt, dan zullen we hierover ook inkoopafspraken moeten maken met zorgaanbieders. We zullen deze dan toevoegen als aanvulling op het inkoopbeleid voor 2023.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0165	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.4 Ontwikkelingen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	In het inkoopkader staat het volgende: We verwachten binnen dit beleidskader geen wijzigingen in deze tijdelijke situatie. Toch willen we een slag om de arm houden om, indien noodzakelijk, afwijkend van dit inkoopkader te kunnen handelen. Dit doen we dan om continuïteit van zorg te borgen en de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en klant zo min mogelijk te schaden. Vraag: Indien er afwijkend van het inkoopkader wordt gehandeld hoe zien wij dat als zorgaanbieder?	Zoals we hebben aangegeven, verwachten wij dat er geen wijzigingen komen in de tijdelijke situatie voor behandeling die nog impact hebben op het inkoopbeleid van 2022. Als dit onverwachts toch blijkt te zijn, dan zullen wij dit kenbaar maken via de website van ZN, via de website van individuele zorgkantoren en zal uw inkoper dit met u delen.
VID-0840	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.4 Ontwikkelingen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	De tijdelijke situatie van GGZ_behandeling vanuit de Zvw is toch ook begin 2021 door VWS verlengd met klanten met Wlz verblijf exclusief behandeling (GGZ Wonen exclusief behandeling met leveringsvorm verblijf)?	<p>Dat klopt. De staatssecretaris heeft eind 2020 besloten om de overgangperiode waarin GGZ-behandeling alleen integraal een aanspraak is in de Wlz te verlengen tot 2023. Dit betreft klanten met een GGZ aandoening die Wlz-zorg krijgen op een plek inclusief behandeling krijgen. De losse aanspraak GGZ-behandeling voor Wlz-klanten valt in 2022 dus tijdelijk onder de Zvw. Uitzondering hierop zijn de klanten die behandeling met verblijf van dezelfde zorgaanbieder ontvangen. Voor deze klanten kan de GGZ-behandeling via het integraal tarief bekostigd worden.</p> <p>In 2022 kunt u gebruik maken van het integrale of modulaire bekostigingsmodel. Het integrale model is bedoeld voor zorgaanbieders die het totale pakket aan zorg voor een klant organiseren. Dan gaat het dus om de woonzorg, de specifieke behandeling, de GGZ-behandeling en de algemeen medische zorg. Deze zorg is vervat in integrale prestaties die onder de Wlz vallen. Het modulaire model is vooral geschikt voor meerdere zorgaanbieders die samen werken aan de zorg voor een klant. De aanbieder van woonzorg heeft een inhoudelijk coördinerende rol en kan per module (specifieke behandeling, GGZ-behandeling en algemeen medische zorg) ervoor kiezen deze zelf te leveren, te organiseren in onderaannemerschap en/of te laten leveren door andere zorgaanbieders. Dit model komt overeen met de zorgzwaartepakketten exclusief behandeling zoals we die kennen voor de andere sectoren in de Wlz.</p> <p>Door de verlenging van de overgangperiode is extra tijd beschikbaar om een inhoudelijk goed beargumenteerd besluit te nemen over de positionering van GGZ-behandeling in samenhang met de uitkomst van de bredere discussie over de positionering van (verschillende soorten) behandeling voor GGZ-klanten. Om tot dit besluit te komen zal een proces in gang worden gezet met de veldpartijen om te komen tot een gedragen voorstel voor de structurele positionering van GGZ-behandeling.</p>

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1688	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.4 Ontwikkelingen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	De GGZ zorgprofielen hebben per 1 januari 2021 toegang tot de Wlz. Voor een gedeelte van deze klanten is behoefte aan behandelig. Is bij de zorgkantoren bekend wanneer hiervoor een structurele oplossing zal worden gerealiseerd?	De staatssecretaris heeft eind 2020 besloten om de overgangperiode waarin GGZ-behandeling alleen een aanspraak is in de Wlz voor klanten op een plek inclusief behandeling, te verlengen tot 2023. Hiermee is extra tijd beschikbaar om een inhoudelijk goed beargumenteerd besluit te nemen over de positionering van GGZ-behandeling in samenhang met de uitkomst van de bredere discussie over de positionering van (verschillende soorten) behandeling voor GGZ-klanten. Om tot dit besluit te komen zal een proces in gang worden gezet met de veldpartijen om te komen tot een gedragen voorstel voor de structurele positionering van GGZ-behandeling. De uitkomst hiervan is nog onduidelijk. VWS streeft (mits haalbaar) naar een definitieve beleidskeuze per 2023 of 2024. VWS zal hiervoor een plan van aanpak uitwerken.
VID-1984	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.4 Ontwikkelingen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	De zorgkantoren geven aan dat de ontwikkeling (toegang tot de Wlz, 2e alinea) vraagt om inzicht in de groeiende doelgroep en hun wensen en zorgbehoeften. VRAAG: hoe verwachten zorgkantoren dit inzicht te verkrijgen?	Dit doen we op basis van data en op basis van ervaringen van GGZ-zorgaanbieders. U kunt hierbij denken aan declaratiegegevens, door het CIZ afgegeven indicaties, beeld van wachtlijsten en signalen vanuit zorgaanbieders, spiegelinformatie, trendrapportages, signalen van zorginkopers, klanten en onze kwaliteitsmedewerkers.
VID-1985	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.4 Ontwikkelingen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Op basis van de tweede alinea kan gesteld worden dat het ontbreekt aan voldoende inzicht in de doelgroep GGZ en hun wensen en zorgbehoeften. VRAAG: hoe motiveren de zorgkantoren hun keuzes op het gebied van tarief als er onvoldoende inzicht is? Vervolgvraag: waarom wordt geen gebruik gemaakt van de normatieve benadering die vanuit de Nederlandse GGZ verstrekt is en het benodigde inzicht geeft voor in ieder geval een deel van de doelgroep? Of van 100% NZa-tarieven op basis van kostprijsonderzoek?	In hoofdstuk 2 staat beschreven dat het richttariefpercentage gebaseerd is op de jaarcijfers uit 2019 van zorgaanbieders die >60% omzet in de Wlz hadden. GGZ-aanbieders die pas vanaf 2021 zorg verlenen in de Wlz en geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn daardoor niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tarief voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2). De NZa bepaalt de maximumtarieven. Deze zijn landelijk vastgesteld. Als er een structurele verandering van kosten is, dan zal dat verdisconteerd zijn in de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Wij vergoeden een percentage van dit maximum NZa-tarief. Zorgkantoren hebben de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgetair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In de uitspraak van de voorzieningenrechter van 1 oktober 2020 is terug te lezen dat het hanteren van een lager tarief dan het NZa-tarief is toegestaan. De NZa stelt immers een maximumtarief vast. We verwachten zorgaanbieders kijken naar mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, zodat de kwaliteit geborgd blijft.



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2076	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	1.4 Ontwikkelingen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Wij zijn als VG aanbieder sinds 2021 aanbieder van GGZ zorg beschermd wonen. Zijn er bij de modulaire bekostigingsvariant landelijke uniforme procesafspraken over declaratie van: 1. Specifieke behandeling Wlz2. de woonzorg toeslag, 3. de dagbesteding MPT ea.zorgkantoren gaan hier nu verschillend mee om.	<p>De prestatieomschrijvingen en declaratieregels zoals opgenomen in de NZa regelgeving is leidend voor de declaratie. Alle landelijke afspraken zijn opgenomen in het inkoopkader en het Voorschrift Zorgtoewijzing. We verwachten de publicatie van het Voorschrift Zorgtoewijzing 2022 in november 2021.</p> <p>Bij verzilvering van een Wlz-indicatie middels verblijf zijn er twee mogelijkheden: integrale of modulaire bekostiging. Als de zorgaanbieder in afstemming met het zorgkantoor naast het verblijf niet alle behandeling integraal levert, wordt de zorg bekostigd via modulaire bekostiging. Het is mogelijk dat een zorgaanbieder zowel de verblijfsprestatie levert als de behandeling via het modulaire bekostigingsmodel. De specifieke behandeling wordt apart door het zorgkantoor ingekocht, ten laste van de Wlz. De GGZ-behandeling en de algemeen medische zorg worden tot 2023 bekostigd vanuit de Zvw. De woonzorgaanbieder voert wel de regie over de benodigde behandeling. Voor verzilvering van een Wlz-indicatie middels PGB, MPT of VPT geldt, net als bij de modulaire bekostiging van verblijf, dat de klant is aangewezen op de Zvw voor vergoeding van de GGZ-behandeling. Bij de keuze is het organisatiemodel leidend, maar houdt de zorgaanbieder bij zijn keuze rekening met het klantperspectief. In dialoog met de zorgaanbieder zal het zorgkantoor bepalen met welke organisatie(eenheden) contracten met of zonder behandeling kunnen worden afgesloten.</p>
VID-0124	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Het landelijk richttariefpercentage betreft 95,8%. Hoe heeft het zorgkantoor vastgesteld dat dit voldoende is om de zorg kostendekkend te kunnen leveren? In hoeverre heeft de uitspraak van het Hof inzake de bezwaren van zorgaanbieders voor de afslag 2021 hier invloed op gehad? Hoe kunt u deze afslag onderbouwen?	<p>Bij een richttariefpercentage van 95,8% heeft 75% van de Wlz-aanbieders uit de steekproef een neutrale of positieve winstmarge. Dit is de meerderheid en dit is iets lager dan het aandeel bij de huidige tariefniveaus in 2019. Iets lager is wenselijk om doelmatigheid te stimuleren en door doelmatiger te werken kan er ruimte voor maatwerk worden gecreëerd in de regio. De weergegeven operationele winstmarge is het resultaat van de toepassing van het richttariefpercentage op het bedrijfsresultaat van zorgaanbieders zoals opgenomen in de jaarrekening over alle sectoren en domeinen in 2019. Daarnaast kan worden afgeweken van het richttariefpercentage. Zie hierover meer in het regionale inkoopbeleid van zorgkantoren. Tenslotte bestaat er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Bij de onderbouwing van het richttariefpercentage hebben de zorgkantoren uiteraard, binnen de mogelijkheden die hen ter beschikking staan, rekening gehouden met de uitspraak van de voorzieningenrechter. Het richttariefpercentage waar we in 2022 en 2023 mee werken is gebaseerd op zorgvuldig onderzoek. De onderzoeksmethode is voorgesteld en tevens gevalideerd door een onafhankelijk bureau (Gupta Strategists).</p>

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0171	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Er is een landelijk richttariefpercentage vastgesteld. Kunt u gemotiveerd aangeven waarom het percentage representatief is voor het leveren van voldoende goede zorg door een geïntegreerde zorgaanbieder in de GGZ met een omzet van veel minder dan 60% Wlz-zorg, terwijl juist deze groep aanbieders buiten beschouwing is gelaten bij het vaststellen van het richttariefpercentage?	Een nadere onderbouwing van het richttariefpercentage is te vinden in bijlage 8 bij de aanvulling 2022 op het inkoopbeleid. Geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tariefpercentage voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).
VID-0173	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Kunt u aangeven welk doel u beoogd te bereiken met het vaststellen van het landelijk richttarief?	Het antwoord op deze vraag leest u in paragraaf 2.1 van de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023.
VID-0179	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	De onderbouwing door het zorgkantoor van de generieke afslagen houdt geen rekening met verschillen tussen de regio's. Naar onze mening voldoet uw onderbouwing van het tariefpercentage niet aan de motiveringseisen, zoals die zijn gesteld in het Vonnis en het Arrest van het Gerechtshof in Den Haag. Graag ontvangen we uw onderbouwing waaruit blijkt dat aan de genoemde motiveringseisen wordt voldaan. Op basis waarvan heeft u vastgesteld dat het niet differentiëren tussen regio's niet leidt tot te lage tarieven voor één of meer van de regio's?	Het richttariefpercentage waar we in 2022 en 2023 mee werken is gebaseerd op zorgvuldig onderzoek. De onderzoeksmethode is voorgesteld en tevens gevalideerd door een onafhankelijk bureau (Gupta Strategists). Het hof heeft gesteld, in een uitspraak over het voorgenomen beleid 2021, dat hierbij rekening gehouden dient te worden met de (i) sectorale uitvoeringswerkelijkheid en (ii) organisatie specifieke aspecten en (iii) regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen. (i) De sectorale uitvoeringswerkelijkheid wordt voldoende rekening mee gehouden gezien de methode van tariefstelling door de NZa. Het richttariefpercentage wordt namelijk toegepast op de vergoedingen o.b.v. de ZZP-systematiek. De ZZP-systematiek zorgt ervoor dat er voldoende rekening wordt gehouden met verschillen in zorgzwaarte, zowel binnen als tussen de verschillende sectoren. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid tot meerzorg. (ii) en (iii) De zorgkantoren beschikken niet over recente grootboekgegevens van een representatieve groep zorgaanbieders (per sector) en al helemaal niet over regio- of aanbieder-specifieke factoren. Beide constatering brengen met zich dat niet per sector gekeken kan worden wat een reëel tarief is, en regionale kostenverschillen niet kunnen worden meegenomen bij de onderbouwing van het richttarief. Daarnaast is het niet de taak van zorgkantoren, maar van de NZa, om organisatie-specifieke elementen te betrekken bij de te maken analyse, namelijk in een kostenonderzoek. Tegelijkertijd is er bewust voor een richttarief gekozen om zo de mogelijkheid te creëren om maatwerk te kunnen bieden in de regio, waarmee bijvoorbeeld regionale knelpunten opgepakt kunnen worden of regionale ontwikkelingen gestimuleerd kunnen worden.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0264	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Kunt u toelichten hoe het zorgkantoor de zorgplicht meeneemt bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen?	We nemen bij de afweging mee of we als zorgkantoor aan onze zorgplicht kunnen blijven voldoen. Dit kan betekenen dat als er voldoende alternatieven aanwezig zijn er geen aanspraak gemaakt kan worden op de hardheidsclausule. Optimale inzet van de beschikbare middelen is hierbij een afweging. We realiseren ons dat dergelijke beslissingen grote impact op de klant kunnen hebben. Zorgkantoren maken hierbij uiteraard een zorgvuldige afweging waarbij ook het klantbelang een belangrijke rol speelt.
VID-0288	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Hoe voorkomt u dat de 25% zorgaanbieders met een negatief resultaat zich gedwongen voelen onwenselijke maatregelen te nemen, zoals bezuinigen op personeel, opleidingen, onderhoud, investeringen etc, die op de langere termijn negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg?	Voor de zorgkantoren staat voldoende passende zorg van de juiste kwaliteit voorop. We hechten daarbij ook waarde aan een doelmatige inzet van de beschikbare middelen om zo de toegang te zorg zowel nu als in de toekomst te borgen. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023.
VID-0293	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	U maakt geen onderscheid naar sector bij de bepaling van het richttarief. Hoe geeft u gehoor aan de uitspraak in het vonnis waarin de voorzieningenrechter heeft aangegeven dat bij het onderzoek naar reële tarieven onder andere rekening moet worden gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid?	Het richttariefpercentage waar we in 2022 en 2023 mee werken is gebaseerd op zorgvuldig onderzoek. De onderzoeksmethode is voorgesteld en tevens gevalideerd door een onafhankelijk bureau (Gupta Strategists). De sectorale uitvoeringswerkelijkheid wordt voldoende rekening mee gehouden gezien de methode van tariefstelling door de NZa. Het richttariefpercentage wordt namelijk toegepast op de vergoedingen o.b.v. de ZZP-systematiek. De ZZP-systematiek zorgt ervoor dat er voldoende rekening wordt gehouden met verschillen in zorgzwaarte, zowel binnen als tussen de verschillende sectoren.
VID-0515	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Hoe kan volgens u een landelijk richttariefpercentage dat lager ligt dan dat van 2021, ruimte bieden voor stimuleren van verbeteringen? Waar zit volgens u dan de financiële ruimte?	Het kan inderdaad zo zijn dat het tariefpercentage lager ligt dan het tariefpercentage wat u ontvangt in 2021. De zorgkantoren hebben het richttariefpercentage echter op een gedegen manier onderbouwd, hiervoor verwijzen wij u naar bijlage 8 bij het inkoopbeleid. De ruimte voor stimuleren van verbeteringen komt tot uiting in het feit dat we werken met een richttariefpercentage met aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven.
VID-0560	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Kunt u aangeven binnen welke termijn u een besluit neemt over verzoek om de hardheidsclausule toe te passen?	De tijdslijnen staan beschreven in het regionale beleid van de zorgkantoren.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0899	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Op welke wijze acht u de gehanteerde richttariefpercentages voor 2022 en 2023 verenigbaar met de zorgplicht die krachtens artikel 4.2.1 Wet langdurige zorg op u rust	De zorgkantoren hebben een zorgplicht die inhoudt dat zij gehouden zijn om te voorzien in de inkoop van voldoende verantwoorde zorg in de regio, binnen redelijke termijn en op redelijke afstand van waar de verzekerde wenst te gaan wonen dan wel bij hem thuis, binnen de vastgestelde financiële kaders van het regiobudget. De zorgkantoren onderbouwen het richttariefpercentage op een manier waarbij het overgrote deel van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat heeft. Vervolgens voeren de regionale zorgkantoren regionaal beleid welke ook een effect kan hebben op het af te spreken tariefpercentage. Voor nadere informatie verwijzen we u naar de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren.
VID-1330	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Wordt er voor 2023 vastgehouden aan een richttarief van 95,8% of kan dit ook nog wijzigen? Indien voor 2023 een lager (richt)tarief wordt aangeboden, mogen wij dan de overeenkomst beëindigen zonder schadeloosstelling te worden?	Het richttariefpercentage van 95,8% staat inderdaad vast voor zowel 2022 als 2023. Dit wil niet zeggen dat u automatisch hetzelfde tariefpercentage krijgt voor deze twee jaren, dit is afhankelijk van het regionale beleid van de zorgkantoren. Ook in 2023 zal er weer worden gewerkt met een instemmingsverklaring. We verwijzen u verder naar artikel 19 in de Wlz-overeenkomst voor de beëindigingsgronden.
VID-1542	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	We missen een check en onderbouwing door ZN en de zorgkantoren, of de geïntegreerd GGZ instellingen met dit nieuwe richttariefpercentage in 2022 daadwerkelijk uit de voeten zouden kunnen.	Een nadere onderbouwing van het richttariefpercentage is te vinden in bijlage 8 bij de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023. Geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tariefpercentage voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).
VID-1545	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Hoe krijgen de regionale zorgkantoren straks in beeld met welk tariefpercentage geïntegreerde GGZ instellingen verantwoorde en veilige zorg kunnen leveren?	Het uitgangspunt van de gekozen tariefsystematiek is dat zorgaanbieders hier verantwoorde en veilige zorg voor kunnen leveren. De systematiek voorziet in de mogelijkheid om aanspraak te maken op aanpassingsmogelijkheden. Hiervoor verwijzen wij u naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1546	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Welke correctiemechanismen passen de regionale zorgkantoren straks toe bij de vertaalslag van 2019 (Gupta Strategists onderzoek) naar 2022?	In lijn met de uitspraak van de voorzieningenrechter hebben de zorgkantoren het richttarief onderbouwd. Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.
VID-1547	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Hoe krijgen de regionale zorgkantoren straks een goed beeld van de veranderde bedrijfsvoering bij de zorgaanbieders van beschermd wonen in 2022, ten opzichte van 2019, en weten zij met welk tariefpercentage die zorgaanbieders verantwoorde en veilige zorg kunnen leveren	Een nadere onderbouwing van het richttariefpercentage is te vinden in bijlage 8 bij de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023. GGZ-W aanbieders die in 2019 nog geen of in ieder geval minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz behaalden zijn niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven.
VID-1549	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Er wordt gesteld dat 75% van de zorgaanbieders in de GGZ uit de voeten zou moeten kunnen met het richttariefpercentage van 95,8%. Dit is niet controleerbaar op basis van het Gupta Strategists onderzoek.	De onderbouwing van het richttariefpercentage is gebaseerd op de door Gupta Strategists geadviseerde top-down methode (zie ook: <a href="https://assets.zn.nl/p/32768/none/Foto's%20omzet%20quotes/201027%20Gupta%20-%20overdiepend%20onderzoek%20Wlz-tarieven%20(def).pdf">https://assets.zn.nl/p/32768/none/Foto's%20omzet%20quotes/201027%20Gupta%20-%20overdiepend%20onderzoek%20Wlz-tarieven%20(def).pdf</a> ). Zoals toegelicht in bijlage 8 van het inkoopkader is hiervoor gebruik gemaakt van gegevens in de jaarrekeningen 2019 van zorgaanbieders met een minimale omzet van €50.000 en meer dan 60% van de omzet uit de Wlz. Geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn daardoor niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttariefpercentage inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tariefpercentage voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1588	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	De ontwikkeling van de "schuif" van de Wmo naar de GGZ-Wlz is pas in 2021 geschied. Voor onze organisatie geldt dat de nieuwe Wlz-GGZ omzet sec al groter is dan de €58 mln Wlz-omzet in 2019. Bent u het met ons eens dat het transponeren van ontwikkelingen van daarvan zeer afwijkende sectorale Wlz diensten (V&V, GHZ) niet representatief kán zijn voor de ontwikkeling in de Wlz-GGZ?	Een nadere onderbouwing van het richttariefpercentage is te vinden in bijlage 8 bij de aanvulling 2022 op het inkoopbeleid. Geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tariefpercentage voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).
VID-1590	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Kunt u aangeven aan welke "verifieerbare en vooraf kenbare" criteria voldaan moet worden en welke procedure gehanteerd moet worden om de slechte en niet reële tarieven van de afgelopen jaren te neutraliseren en die van 2022 te voorkomen?	Wij begrijpen uw vraag helaas niet helemaal. Mocht u doelen op de eventuele aanpassingsmogelijkheden op het richttariefpercentage dan verwijzen wij u daarvoor naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.
VID-1597	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	In de Wmo-jurisprudentie is naar voren gekomen dat ook het laagst (op-)gegeven tarief een reëel tarief moet zijn. In uw voorstel wordt nergens een ondergrens van het af te spreken tarief vermeld.	De Wmo-jurisprudentie is niet van toepassing op de Wlz. Voor de uitwerking van de aanpassingsmogelijkheden die er eventueel zijn op het richttariefpercentage verwijzen wij u naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.
VID-1598	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Bent u het met ons eens dat het niet vermelden van een ondergrens in strijd is met de aanbestedingsrechtelijke uitgangspunten en dat u moet aantonen dat ook het laagst aangeboden tarief reëel is?	Nee, we handelen in lijn met deze uitgangspunten. Een nadere onderbouwing van het richttariefpercentage is te vinden in bijlage 8 bij de aanvulling 2022 op het inkoopbeleid. De zorgkantoren lichten in het regionale beleid toe op basis waarvan een hoger of lager tariefpercentage afgesproken kan worden.  Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijke inkoopkader 2022.
VID-1602	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Er wordt gesproken over maatwerkafspraken. Kunt u de criteria uiteenzetten en het afwegingskader, zodat iedere zorgaanbieder zicht heeft op hoe deze afspraken gemaakt kunnen worden en wanneer je hier recht op hebt?	Voor de uitwerking van maatwerk in de regio en de eventueel bijbehorende criteria verwijzen wij u naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1608	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	ZN meldt in het inkoopkader dat het richttariefpercentage in sommige regio's onder het tariefpercentage van 2021 ligt. ZN geeft aan dat dit gezien de historische tariefverschillen tussen zorgkantoorregio's onvermijdelijk is. ZN vermeldt expliciet dat het totaal beschikbare budget voor de langdurige zorg volledig wordt besteed aan het leveren van zorg. We waarderen het dat ZN net als zorgaanbieders alles in het werk stelt om klanten te voorzien van goede zorg. Daarvoor is een reëel tarief% nodig. Daarbij moet niet het beschikbare kader leidend zijn maar de kosten van goede en zorg voor klanten in de Wlz. Onderschrijft u onze argumentatie en redenering in deze?	We zijn het met u eens dat goede zorg voor de klant voorop staat en dat daar een reëel tarief tegenover dient te staan. De zorgkantoren komen met het onderbouwde richttariefpercentage inclusief aanpassingsmogelijkheden hieraan tegemoet. Om toegankelijkheid van Wlz-zorg te kunnen waarborgen is het noodzakelijk dat de zorgkantoren uitvoering geven aan hun wettelijke taak door te sturen op doelmatige zorginkoop, waarbij ontwikkelingen worden gestimuleerd om de zorg(verlening) toekomstbestendiger te maken. Zonder sturing op doelmatigheid én het stimuleren van ontwikkelingen kunnen de zorgkantoren vanwege de steeds verder toenemende vraag naar Wlz-zorg op de korte én lange termijn niet instaan voor de toegankelijkheid van Wlz-zorg.
VID-1689	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Bij het gehanteerde tariefpercentage zou bij 75% van de aanbieders een positief dan wel neutraal resultaat worden gerealiseerd. Voor een gezonde bedrijfsvoering is een positief resultaat van enkele procenten van de omzet noodzakelijk. Op welke wijze is hiermee rekening gehouden in het bepalen van het richttariefpercentage?	Zorgkantoren zien ook dat het voor een gezonde bedrijfsvoering van belang is om een gezond rendement te behalen. Het richttariefpercentage is vastgesteld op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat behaald. Op dit niveau heeft 55% een rendement van meer dan 2%. 20% van de aanbieders heeft een rendement tussen de 0 en 2%. Voor deze laatste groep geldt dat zij wellicht ook stappen moeten zetten om met het richttariefpercentage tot een gezondere bedrijfsvoering te komen. Zorgkantoren verwachten dat dit mogelijk is, kijkend naar de behaalde rendementen door het merendeel van de aanbieders. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijke inkoopkader 2022.
VID-1690	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Door het invoeren van een richtpercentage kunnen de tarieven per zorgkantoorregio meer dan voorheen uiteen lopen. Is het voor u mogelijk aan te geven op welke wijze we als aanbieder naar de klantenraad het best kunnen uitleggen dat voor dezelfde zorg een verschillend tarief wordt ontvangen?	Met een landelijk richttariefpercentage willen we de zorg toegankelijk houden en tegelijkertijd ontwikkelingen stimuleren op het gebied van passende zorg, innovatie, bedrijfsvoering en duurzaamheid. Ook kan er in de regio passende zorg georganiseerd worden, die aansluit bij de wensen en behoeften van klanten. Dit geven de zorgkantoren vorm door middel van aanpassingsmogelijkheden op het richttarief. In het regionale beleid van uw zorgkantoor leest u hoe daar invulling aan gegeven wordt.
VID-1695	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	De voorzieningenrechter heeft u een motiveringsplicht voor de onderbouwing van de hoogte van het tarief opgelegd. U komt tot een tariefpercentage van 95,8% in 2022 en 95,8% in 2023. Deze percentages zijn lager dan in 2021. Hoe onderbouwt u deze percentages?	Voor een onderbouwing van het richttariefpercentage verwijzen wij u naar bijlage 8 van de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023.
VID-1715	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Houden de zorgkantoren rekening met een risico-opslag bij de tarieven? Zo ja, hoe?	De zorgkantoren houden hier rekening mee door aan te sluiten op de tariefstelling van de NZa. Hoe de NZa hier rekening mee houdt leest u terug in beleidsregel BR/REG-21152, specifiek Artikel 4 'Tariefprincipe: Ondernemingsfinanciering'.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1716	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Hoe hebben de zorgkantoren gecorrigeerd voor vertekende resultaten in de jaarrekening 2019 door een wijziging in de regels van de jaarverslaglegging met betrekking tot de verantwoording van groot onderhoud?	<p>Uit onderzoek in de jaarrekeningen van 2019 is het volgende gebleken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het effect van de vrijval van de groot onderhoudsvoorziening is slechts bij een aantal aanbieders aanwezig, waardoor het effect gedeeltelijk wordt uitgesmeerd over de landelijke dataset.</li> <li>- Niet alle aanbieders gebruikte op voorhand al dezelfde methodiek voor het wegboeken van groot onderhoud (componentenbenadering/onderhoudsvoorziening/via de winst/verliesrekening). Het effect van deze stelselwijziging is daarmee dan ook voor iedere aanbieder anders.</li> <li>- Onderhoudsvoorziening: accountants verwerken de eventuele vrijval van voorzieningen soms (ongezien) in de kostenposten en soms via bijzondere/ uitzonderlijke baten en lasten, dan wel via een directe overboeking naar het eigen vermogen. Door de verschillende verwerkingsmethodieken is het niet mogelijk om dit generiek uit het resultaat te filteren.</li> </ul> <p>Uit bovenstaande blijkt dat deze wijziging in de verschillende jaarverslagen via verschillende manieren is verwerkt. Om die reden is correctie hiervoor niet mogelijk. Aangezien de analyses op de EBIT zijn ingesteld, is dit gedeeltelijk meegenomen, omdat dit in sommige gevallen onder het bijzonder resultaat valt.</p>
VID-1718	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Volgens ZN levert de landelijke systematiek duidelijkheid en transparantie op. De onderbouwing van de uitwerking van de landelijke systematiek is op hoofdlijnen opgenomen in bijlage 8. Kan u het Gupta Strategists onderzoek beschikbaar stellen, zodat transparant wordt hoe u tot het richttarief bent gekomen?	<p>Via de volgende link kunt u een aanvullend document vinden:</p> <p><a href="https://assets.zn.nl/p/32768/none/Foto's%20met%20quotes/201027%20Gupta%20-%20overdiepend%20onderzoek%20Wlz-tarieven%20(def).pdf">https://assets.zn.nl/p/32768/none/Foto's%20met%20quotes/201027%20Gupta%20-%20overdiepend%20onderzoek%20Wlz-tarieven%20(def).pdf</a></p>
VID-1816	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Uitgangspunt is het NZa-tarief van 100%, dit is nodig om de basiskwaliteit van zorg te kunnen leveren. Dit tarief wordt opgehoogd met de kwaliteitsmiddelen om uitvoering te geven aan de gestelde normen in het kwaliteitskader. U gaat in het inkoopbeleid voor 2022 uit van een onderbouwd richttariefpercentage van 95,8%. Dit is een daling ten opzichte van het tariefpercentage van 2021, terwijl de gestelde normen voor het leveren van zorg en het invulling geven aan het kwaliteitskader hetzelfde blijven, of eigenlijk zelfs toenemen (indien kwaliteitsplannen voor 2022 wordt opnieuw gevraagd). Hoe moet dit in de praktijk tot uitvoering worden gebracht? We zijn het oneens met de tariefverlaging in combinatie met de gelijkgebleven zorg- en kwaliteitsnormen.	<p>Het kan inderdaad zo zijn dat het richttarief onder het tariefpercentage van 2021 ligt. Bij een richttariefpercentage van 95,8% heeft 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve winstmarge. Dit is de meerderheid en dit is iets lager dan het aandeel bij de huidige tariefniveaus in 2019. Iets lager is wenselijk om ruimte voor maatwerk te creëren en doelmatigheid te stimuleren. Daarnaast kan worden afgeweken van het richttariefpercentage. Zie hierover meer in het regionale inkoopbeleid van zorgkantoren.</p>



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1887	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	U schrijft dat u lering heeft getrokken uit het vonnis van de voorzieningenrechter dat de inkoopsystematiek van vorig jaar niet passend was gelet op de onderbouwing van het tarief en de onderlinge afhankelijkheid van zorgpartijen in de regio. Voor 2022 hanteert u echter dezelfde onderbouwing "namelijk een jaarrekeninganalyse" voor de geboden tarieven. Kunt u toelichten waarom u desondanks van mening bent dat u dit jaar wel een adequate onderbouwing voor de tarieven hebt gegeven?	Het hof heeft hierover het volgende aangegeven: de zorgkantoren beschikken over een zekere beoordelingsvrijheid bij de vormgeving van hun inkoopbeleid. Het hanteren van een inkoopsystematiek bestaande uit basistarieven met een prestatie-afhankelijke opslag past naar voorshands oordeel van het hof binnen die beoordelingsvrijheid. Het behoort niet tot de taak van de rechter om een bepaalde inkoopsystematiek of tarieven voor te schrijven. De zorgkantoren erkennen dat zij het te hanteren (richt)tariefpercentage moeten onderbouwen. Hier hebben wij met de nieuwe inkoopsystematiek inclusief transparantie over de onderbouwing van het richttariefpercentage invulling aan gegeven.
VID-1941	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Het landelijk richttariefpercentage geeft ruimte voor het stimuleren van inhoudelijke verbeteringen in de regio en maatwerk waar dat nodig is. Hoe verhoudt zich dit tot beleid dat niet per regio maar per Wlz uitvoerder verschillend is?	Met het regionale inkoopbeleid, bedoelen we het inkoopbeleid per zorgkantoor, dit kan dus inderdaad beleid zijn voor één of meerdere regio's. Binnen dit regionale inkoopbeleid is het mogelijk om per regio maatwerk te leveren voor inhoudelijke verbeteringen per regio en de financiering daarvan.
VID-1950	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	De rechter heeft in het vonnis aangegeven dat u een kostenstijging in aanmerking moet nemen bij de concrete financiële uitwerking van de inkoopsystematiek. U geeft aan dat door het richttarief toe te passen op het NZa-maximumtarief de stijging in kosten worden meegenomen, omdat de NZa daar jaarlijks voor corrigeert. In de tarieven wordt slechts met een deel van de kostenstijging rekening gehouden, namelijk met die in prijsstijgingen zijn verwerkt. Bovendien krijgen we in 2022 te maken met een lage indexering op loonkosten. Dat geldt niet voor zaken die te maken hebben met zorgverzekering, hogere eisen vanwege privacy, ICT, schaarste arbeidsmarkt, toename van PNIL, CAO-loonstijging, etc. Hoe voldoet u aan de uitspraak van de rechter en hoe onderbouwt u dat het geboden tarief een reëel kostendekkend tarief dat ook rekening houdt met dit soort kostenopdrivende factoren?	In lijn met de uitspraak van de voorzieningenrechter hebben de zorgkantoren het richttarief onderbouwd. Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.
VID-1951	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Gupta Strategists heeft in productie B bij de appeldagvaarding in het hoger beroep opgemerkt dat het niet mogelijk is om de Wlz-resultaten uit de jaarrekening te isoleren van de resultaten van de zorgaanbieders op andere terreinen, maar dat deze resultaten de marge wel kunnen vertroebelen. Hebt u gecorrigeerd voor de omstandigheid dat aanbieders ook omzet halen uit andere zorglevering? En zo ja, hoe?	Ja, op advies van Gupta Strategists hebben we hiervoor gecorrigeerd door alleen aanbieders met meer dan 60% omzet in de Wlz mee te nemen in de onderbouwing van het richttariefpercentage. Het is niet mogelijk de Wlz resultaten volledig te isoleren, maar op deze manier is het effect van resultaten uit andere domeinen wel zo beperkt mogelijk gehouden.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1955	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	In 2018 heeft KPMG een kostprijzenonderzoek gedaan naar de Wlz prestaties. De NZa heeft de maximale tarieven daarvan bepaald. Kunt u aangeven hoe u rekening heeft gehouden met dit onderzoek?	Het onderzoek is op twee manieren van invloed op de tariefstelling door zorgkantoren. Ten eerste omdat het de basis is voor de maximumtarieven van de NZa. Het tariefpercentage dat zorgkantoren met zorgaanbieders afspreken gaat uit van deze maximumtarieven. Ten tweede doordat KPMG met het kostenonderzoek in kaart heeft gebracht wat de historische kosten per prestatie zijn geweest. Dit rapport toont zowel het gemiddelde - waar de NZa de maximumtarieven op heeft gebaseerd - als de spreiding in kostprijs tussen aanbieders op prestatieniveau. Uit deze spreiding maken wij op dat er bij een deel van de aanbieders doelmatigheidswinst (in dit geval in de vorm van lagere kosten voor vergelijkbare zorg) te behalen is. Zorgkantoren hebben de wettelijke opdracht bij de zorginkoop deze doelmatigheidswinst zo goed mogelijk te benutten door passende tariefafspraken te maken.
VID-1956	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	In het NZa kostprijzenonderzoek is in detail de kostprijzen van de Wlz prestaties bepaald. Kunt u aangeven waarom u dan niet op basis de productie voor de maximale NZa tarieven (dus 100%) financiert?	Met het NZa kostprijzenonderzoek zijn de historische kostprijzen per prestatie in kaart gebracht. De NZa heeft vervolgens op basis van het gemiddelde een tarief per prestatie vastgesteld. Het onderzoek laat echter ook zien dat er een grote spreiding is in kostprijs per prestatie tussen aanbieders. Daarnaast heeft de NZa bij de tariefstelling niet gecorrigeerd voor ondoelmatigheid in de historische kostprijzen. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak om bij de zorginkoop wel te sturen op doelmatigheid. Dit doen zij onder andere door passende tariefafspraken te maken. Daarbij is door de voorzieningenrechter in de uitspraak van 1 oktober 2020 aangegeven dat het vaststaat dat zorgkantoren een lager tarief mogen hanteren dan het NZa maximumtarief.
VID-2426	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Op welke wijze wordt geborgd dat de landelijke tariefsystematiek passend is voor kleinschalige zorgorganisaties, met name die in het oosten van het land? Ervaringen in het verleden met landelijke maatregelen maken ons bezorgd over nadelige effecten hiervan. We gaan hierover graag met u in gesprek.	Een nadere onderbouwing van het richttariefpercentage is te vinden in bijlage 8 bij de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023. Zorgaanbieders met een Wlz omzet die lager is dan 50.000 euro zijn niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttariefpercentage inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven.
VID-2427	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Op welke wijze is geborgd dat de indicatoren waarop maatwerk wordt bepaald zelf op maat worden bepaald? Hierbij is het relevant dat de exploitatie over de afgelopen twee jaar niet als maatgevend wordt genomen, vanwege de bijzondere omstandigheden vanwege de pandemie.	Uw vraag is voor ons onduidelijk. Indien u refereert aan maatwerk in relatie tot het richttariefpercentage, dan verwijzen wij u naar uw regionale zorgkantoor. Daarbij wijzen we ook op de NZa beleidsregels t.a.v. Corona.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2428	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.1 Eén landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	Op welke wijze wordt er rekening mee gehouden dat zorgaanbieders meerjarenplannen hebben gemaakt op basis van de vooralsnog beschikbare tarieven en (kwaliteits)middelen? De exploitatie van onze organisatie en nieuwbouwplannen (om regionale tekorten op te lossen) zijn hierop gebaseerd. Elke wijziging van het systeem heeft consequenties voor de exploitatie en de haalbaarheid van gemaakte plannen.	De zorgkantoren hebben zich bij de bepaling van het richttariefpercentage gebaseerd op een gedegen onderzoek waarbij we rekening hebben gehouden met de continuïteit van zorgverlening en de te behalen doelmatigheidswinst. Met betrekking tot de kwaliteitsmiddelen is er besloten dat, vanaf 2022, de extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) in de reguliere tarieven van de NZa worden verwerkt. Concreet betekent dit dat de NZa de maximumtarieven van de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV verhoogt. Voor de nadere uitwerking van de landing van het kwaliteitsbudget in de tariefsystematiek van zorgkantoren verwijzen wij naar het regionaal beleid van zorgkantoren. Voor 2021 hebben zorgkantoren het verwacht eindperspectief 2022 aan zorgaanbieders gecommuniceerd, hiermee kan de zorgaanbieder structurele kosten financieren in lijn met het kwaliteitskader. In het regionale beleid van het zorgkantoor kunt u nadere informatie vinden over de landing van de kwaliteitsmiddelen in het regionale beleid. Als de structurele kosten hoger zijn dan de vergoeding die de zorgaanbieder krijgt vanuit het kwaliteitsbudget dan is het aan de zorgaanbieder om te bepalen welke keuzes de zorgaanbieder wil maken t.a.v. zijn eigen bedrijfsvoering. Met betrekking tot uw nieuwbouwplannen/vastgoed willen wij u er op wijzen dat voor 2022 de zorgkantoren 100% hanteren met betrekking tot de NHC/NIC.
VID-0005	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Is de onderbouwing van het richttarief obv alleen een onderzoek van jaarverslagen 2019 niet wat summier?	Zorgkantoren hebben Gupta Strategists om advies gevraagd over de wijze waarop zij hun tarieven kunnen onderbouwen met de data die voor hen beschikbaar zijn. De voor het richttariefpercentage gehanteerde top-down methode kwam hieruit als beste optie naar voren, uitgaande van de data die zorgkantoren tot hun beschikking hebben.
VID-0107	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Zonder de nieuwe NZa tarieven en bedragen die via het regiobeleid beschikbaar komen is het voor de zorgaanbieders onmogelijk een goede inschatting te maken of de 95,8% voldoende zal zijn om een gezonde bedrijfsvoering te hebben. Wat gaat er met het NZa-tarief gebeuren en hoeveel geld is er via de regio beschikbaar?	De NZa stelt de maximumtarieven vast en publiceert deze in de NZa beleidsregels. In het regionale inkoopbeleid van de zorgkantoren vindt u nadere informatie over eventuele regionale middelen.
VID-0108	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Wat gebeurt er met de compensatie herijking tarieven uit het kwaliteitsbudget (2019 -> 2020)?	Afgelopen jaren heeft u binnen het kwaliteitsbudget een compensatiecomponent ontvangen in verband met de tarief herijking in 2020 zodat u personeel kon behouden en blijven financieren. De extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) zijn in de reguliere tarieven 2022 van de NZa verwerkt. Zoals eerder gecommuniceerd is hiermee de tijdelijke compensatiecomponent komen te vervallen.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0109	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	In 2.2.1 willen jullie sturen op het feit dat minimaal 75% van de zorgaanbieders een positief of nul-resultaat haalt. Maar om een goede bedrijfsvoering te realiseren heb je als zorgaanbieder minimaal een positief resultaat nodig van 2% om te kunnen investeren en een buffer op te bouwen voor eventuele toekomstige tegenvallers. Hoe komen jullie aan deze 75% en voor hoeveel van die 75% verwachten jullie dat de 2% marge nog gehaald kan worden met de nieuwe tarieven?	Bij een richttariefpercentage van 95,8% heeft 75% van Wlz-aanbieders een neutraal of positief resultaat. Het richttariefpercentage is vastgesteld op een niveau waarmee we doelmatigheid stimuleren. Daartoe is gekeken naar de resultaten in het verleden bij aanbieders in de Wlz en ook in andere sectoren. In 2019 had 83% van de Wlz-aanbieders een neutraal of positief resultaat met het in 2019 gemiddeld gehanteerde tarief. Uit de jaarverslagenanalyses (domein overstijgend) van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Een iets lager richttariefpercentage is wenselijk om ruimte voor maatwerk te creëren en doelmatigheid te stimuleren. Gezien de signalen vanuit de GGZ is echter ook bewust gekozen voor een niveau boven het gemiddelde resultaat van die sector in 2019. Bij een richttariefpercentage van 95,8% heeft 55% een resultaat van +2%. Wij gaan er vanuit dat het voor de meeste aanbieders waarvoor dit eerder niet zo was mogelijk is om hier ook naartoe te groeien. Als u van mening bent dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
VID-0110	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Wanneer komt het zorgkantoor met het regiobeleid? Wordt in dit beleid duidelijk welke bedragen er mogelijk beschikbaar komen naast de tarieven per klant?	Het beleid van de regionale zorgkantoren is ook gepubliceerd op 28 mei 2021. Hierin kunt u inderdaad meer lezen over hoe de middelen in de regio beschikbaar worden gesteld.
VID-0205	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Het richttariefpercentage is gebaseerd op de jaarrekeningen 2019. Hoe is dit percentage vertaald naar 2022? Bijvoorbeeld in relatie tot de gestegen pensioenpremie?	De jaarrekeningen 2019 zijn de meest recente beschikbare financiële gegevens waar de zorgkantoren zich op kunnen baseren. Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. "De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0206	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Hoe onderbouwen zorgkantoren dat er bewust voor gekozen wordt dat 25% van de aanbieders een negatief resultaat heeft met het huidige richttariefpercentage? Ook i.r.t. de huidige uitdagingen in de zorg en de verwachtingen voor de toekomst?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttarief dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit passend is. Als 75% van de aanbieders zorg kan verlenen voor het richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn, omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijke inkoopkader 2022. Zie daarnaast tevens de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren.
VID-0260	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Het landelijk richttariefpercentage is het vertrekpunt. Welke opslagen kunnen organisaties in individuele afspraken er nog bij krijgen?	Voor een uitwerking van de aanpassingsmogelijkheden op het richttarief verwijzen wij u naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.
VID-0287	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Hoe past de hardheidsclausule waarbij de bewijslast van een niet kostendekkend tarief bij de zorgaanbieder ligt bij de uitspraak van de rechter dat het zorgkantoor een motiveringsplicht heeft ten aanzien van reële tarieven?	De zorgkantoren erkennen dat ze de tariefpercentages moeten onderbouwen. U vindt daarom ook een onderbouwing van het richttariefpercentage in het inkoopkader inclusief aanvullende documentatie. Als de aanbieders van mening zijn dat 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. In lijn met de uitspraak van het Hof is het aan de zorgaanbieder om te onderbouwen waarom een (door de zorgkantoren onderbouwd) tarief disproportioneel laag is.
VID-0306	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	In voetnoot 4, behouden zorgkantoren zich het recht voor om de tariefpercentages 2022-2023 aan te passen zodra de contracteerruimte en de NZa-beleidsregels bekend zijn. Dit zal doorgaans begin juli zijn. Anderzijds wordt van zorgaanbieders/potentiële inschrijvers verwacht dat zij eventuele bezwaren uiterlijk op 17 juni 12:00 uur bekend hebben gemaakt. Wij zijn van mening dat deze termijn niet kan worden toegepast op aanpassingen na deze vervaltermijn en behouden ons dan ook het recht voor om alsnog tegen eventuele aanpassingen na 17 juni bezwaar te maken.	Voor de termijnen verwijzen we u naar de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren. Zorgkantoren hanteren bepaalde termijnen omdat het inkoopproces tijdig afgerond moet worden i.v.m. het indienen van de budgetformulieren bij de NZa op 15 november.
VID-0370	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	In hoeverre en op welke wijze heeft u bij de onderbouwing van het richttarief rekening gehouden met - of gecorrigeerd voor - incidentele baten en lasten van zorgorganisaties in 2019?	Hier is in de berekening van het richttariefpercentage geen rekening mee gehouden. Incidentele baten en lasten maken onderdeel uit van de reguliere bedrijfsvoering. Bij een steekproef van deze omvang is het alleen noodzakelijk hiervoor te corrigeren als hier in het betreffende jaar een specifieke aanleiding toe is. Zorgkantoren hebben hier geen aanleiding toe gezien voor het jaar 2019.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0374	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Het landelijk richttariefpercentage wordt genomen als uitgangspunt. In de uiteenzetting wordt aangegeven dat zorgaanbieders met minder dan 60% Wlz omzet niet mee worden genomen. Hierbij gaat het juist om zorgaanbieders die de meest complexe behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met een ernstige psychische aandoening aanbieden. Hoe wordt hier voldoende rekening mee gehouden?	Een nadere onderbouwing van het richttariefpercentage is te vinden in bijlage 8 bij de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023. Geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tariefpercentage voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).
VID-0375	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	De tarieven van de verschillende zorgkantoren lijken (nog) niet onderbouwd op de wijze zoals is voorgeschreven door zowel het gerechtshof als de voorzieningenrechter in Den Haag. Kunt u aangeven hoe dit de komende periode wordt vormgegeven?	Zorgkantoren erkennen dat ze een verantwoordelijkheid hebben voor de onderbouwing van de tariefpercentages. Daartoe zijn zij gekomen tot de methodiek van het richttariefpercentage op basis van de gegevens die zij tot hun beschikking hebben. Meer informatie hierover vindt u in bijlage 8. Het richttariefpercentage is iets anders dan het feitelijk afgesproken tariefpercentage met een zorgaanbieder. Hiervoor verwijzen we u ook naar de regionale inkoopdocumentatie voor wat betreft aanpassingsmogelijkheden. Als de gehanteerde tariefsystematiek een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft voor een organisatie, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.  Zorgkantoren staan open voor het gesprek over een alternatieve methodiek in de toekomst. Een alternatieve methodiek die ruimte biedt om de gewenste ontwikkelingen te stimuleren en die ook past binnen de kaders en bevoegdheden van zorgkantoren, zodat zij hun inkooprol goed kunnen vervullen.
VID-0376	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Bij niet kostendekkende tarieven, kunt u aangeven welke activiteiten niet meer worden verwacht bij tarieven onder de kostprijs?	Wij gaan er vanuit dat u voor het met u overeengekomen tariefpercentage de juiste kwaliteit van zorg kunt verlenen. Het richttariefpercentage is iets anders dan het feitelijk afgesproken tariefpercentage met een aanbieder. Daarbij wijzen we u op de regionale inkoopdocumentatie voor wat betreft de aanpassingsmogelijkheden. Als u van mening bent dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0377	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Niet representatief voor de GGZ. Het richttariefpercentage van 95,8% is gebaseerd op een onderzoek van Gupta Strategists naar de jaarrekeningen van zorgaanbieders in alle drie sectoren die Wlz-zorg aanbieden. Wij denken echter dat het onderzoek niet representatief is voor de geïntegreerde zorgaanbieders in de GGZ, die de meest complexe gezondheidsproblematiek behandelen, begeleiden en ondersteunen. Gupta Strategists heeft immers een steekproef getrokken uit zorgaanbieders die meer dan 60% Wlz-zorg leveren. Dat betekent dat de geïntegreerde zorgaanbieders in de GGZ, die veel minder dan 60% Wlz-zorg leveren, buiten beschouwing zijn gebleven. Dat geeft een behoorlijk vertekend beeld, omdat het hier de meest complexe en dus duurste Wlz-zorg in de GGZ betreft. Vraag: Wat gaan ZN en de zorgkantoren doen om het richttariefpercentage representatiever te maken voor de GGZ?	Een nadere onderbouwing van het richttariefpercentage is te vinden in bijlage 8 bij de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023. Geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tariefpercentage voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).
VID-0382	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	U verwijst naar het onderzoek van Gupta Strategists. Wij verzoeken inzage hiervan vanuit de motiveringsplicht vanuit zorgkantoren om te kijken of er tot een voldoende onderbouwd tarief is gekomen	Het door u gevraagde onderzoek vindt u in de volgende link: <a href="https://assets.zn.nl/p/32768/none/Foto's%20met%20quotes/201027%20Gupta%20-%20overdiepend%20onderzoek%20Wlz-tarieven%20(def).pdf">https://assets.zn.nl/p/32768/none/Foto's%20met%20quotes/201027%20Gupta%20-%20overdiepend%20onderzoek%20Wlz-tarieven%20(def).pdf</a>
VID-0461	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Om te komen tot een richttariefpercentage worden zorgaanbieders geselecteerd die een positief of neutraal resultaat behalen. Echter, een neutraal resultaat is niet voldoende als je moet renoveren/nieuwbouwen en daarvoor is vreemd vermogen nodig. Waarom heeft het zorgkantoor er voor gekozen om aanbieders met een neutraal resultaat mee te nemen?	Zorgkantoren zien ook dat het voor een gezonde bedrijfsvoering van belang is om een gezond rendement te behalen. Het richttariefpercentage is vastgesteld op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat behaald. Op dit niveau heeft 55% een rendement van meer dan 2%. 20% van de aanbieders heeft een rendement tussen de 0 en 2%. Voor deze laatste groep geldt dat zij wellicht ook stappen moeten zetten om met het richttariefpercentage tot een gezondere bedrijfsvoering te komen. Zorgkantoren verwachten dat dit mogelijk is, kijkend naar de behaalde rendementen door het merendeel van de aanbieders.
VID-0526	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Het zorgkantoor geeft aan dat indien de gehanteerde tariefsystematiek een voor een zorginstelling onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, deze zorginstelling in uitzonderlijke gevallen een beroep kunnen doen op de hardheidsclausule. Welke criteria worden gebruikt bij het beoordelen of een beroep op de hardheidsclausule zal worden gehonoreerd? Op welke wijze wordt de zorgplicht meegewogen?	De zorgkantoren kijken naar het tekort op de bedrijfsvoering van de Wlz als gevolg van het geldende tariefpercentage in de Wlz. Hierbij wordt geschoond voor incidentele lasten en wordt gecorrigeerd voor verlies ontstaan door vastgoed. Vervolgens wordt beoordeeld of de zorgaanbieder financiële reserves heeft op basis waarvan het te kort op de begroting (deels) opgevangen kan worden. Daarnaast wordt beoordeeld of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Als er mogelijkheden zijn voor verbetering van de doelmatigheid houden we hier rekening mee bij de toekenning (en eventueel de hoogte) van de hardheidsclausule.  We nemen bij de afweging mee of we als zorgkantoor aan onze zorgplicht kunnen blijven voldoen. Dit kan betekenen dat als er voldoende alternatieven aanwezig zijn er geen aanspraak gemaakt kan worden op de hardheidsclausule. Optimale inzet van de beschikbare middelen is hierbij een afweging. We realiseren ons dat dergelijke beslissingen grote impact op de klant kunnen hebben. Zorgkantoren maken hierbij uiteraard een zorgvuldige afweging waarbij ook het klantbelang een belangrijke rol speelt.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0780	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief- percentage als vertretpunt	Er staat: Het landelijk richttariefpercentage is nadrukkelijk geen gemiddeld, maximum, basis- of maximumtarief, maar wel het vertretpunt. Vraag: het vertretpunt is dan toch een gemiddeld tarief? Kunt u dit toelichten?	Met dat het geen gemiddeld tarief is, bedoelen wij dat het niet de doelstelling is van de zorgkantoren om gemiddeld genomen op een tarief van 95,8% uit te komen. Het is het vertretpunt van de zorginkoop in plaats van een gemiddeld, maximum, basis- of minimumtarief. Voor de aanpassingsmogelijkheden verwijzen we u naar de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren.
VID-0816	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief- percentage als vertretpunt	Wij verzoeken u vóór 1 augustus aan de individuele aanbieders inzicht te geven in de financiële consequenties van het tarievenbeleid. Alleen zo kunnen wij tijdig inspelen op de financiële keuzes die als aanbieder gemaakt moeten worden. Kunt u dat toezeggen?	Voor de exacte uitwerking van het richttariefpercentage inclusief de eventuele aanpassingsmogelijkheden en welk effect dat op u als zorgaanbieder kan hebben verwijzen wij u naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.
VID-1070	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief- percentage als vertretpunt	Op welke wijze nemen zorgkantoren de zorgplicht mee bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen?	We nemen bij de afweging mee of we als zorgkantoor aan onze zorgplicht kunnen blijven voldoen. Dit kan betekenen dat als er voldoende alternatieven aanwezig zijn er geen aanspraak gemaakt kan worden op de hardheidsclausule. Optimale inzet van de beschikbare middelen is hierbij een afweging. We realiseren ons dat dergelijke beslissingen grote impact op de klant kunnen hebben. Zorgkantoren maken hierbij uiteraard een zorgvuldige afweging waarbij ook het klantbelang een belangrijke rol speelt.
VID-1088	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief- percentage als vertretpunt	Zorgaanbieders hebben te maken met verschillende zorgdomeinen/financieringsstromen (naast de Wlz de Wmo en Zvw). Hoe kunnen ZN en de zorgkantoren stellen dat een positief resultaat in 2019 gelijk staat aan een structureel en positief resultaat op de zorgexploitatie van de Wlz?	In de berekening van het richttariefpercentage zijn alleen aanbieders met meer dan 60% omzet in de Wlz meegenomen in de onderbouwing van het richttariefpercentage. Het is niet mogelijk de Wlz resultaten volledig te isoleren, maar op deze manier is het effect van resultaten uit andere domeinen wel beperkt.
VID-1091	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief- percentage als vertretpunt	Naar verwachting zou de OVA voor 2022 lager kunnen uitkomen dan de daadwerkelijke kostenstijgingen. Dit is mede het gevolg van Corona. Op welke wijze biedt het zorgkantoor hiervoor compensatie?	Het zorgkantoor biedt hiervoor geen aanvullende compensatie. Wij volgen hierin de systematiek van de NZa. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.
VID-1093	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief- percentage als vertretpunt	Als zorgaanbieder missen we in het inkoopkader vergelijkende cijfers. Kunt u aangeven hoeveel mln euro het kader 2021 was en hoeveel het kader 2022 is? Zowel voor de reguliere zorg, het kwaliteitskader als de regionale middelen?	U vindt de financiële kaders in de kaderbrief van het Ministerie van VWS. De kaderbrief over 2022 is nog niet gepubliceerd.



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1133	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Kunt u aangeven vanaf welk moment een beroep gedaan kan worden op de hardheidsclausule?	De tijdslijnen staan beschreven in het regionale beleid van de zorgkantoren.
VID-1186	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Het richttariefpercentage is 95,8%. Kun je ook onder dit percentage uitkomen als zorgaanbieder?	Zoals aangegeven is het richttariefpercentage het vertrekpunt van gesprek en uitdrukkelijk geen gemiddeld, minimum-, basis of maximumtarief. Dit betekent inderdaad dat het mogelijk is om een lager tarief dan het richttariefpercentage af te spreken. Voor de exacte uitwerking van het richttariefpercentage inclusief de eventuele aanpassingsmogelijkheden verwijzen wij u naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.
VID-1315	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Op pagina 10 staat het volgende: Het landelijke richttariefpercentage voor de langdurige zorg is nadrukkelijk géén gemiddeld, minimum-, basis- of maximumtarief, maar wel het vertrekpunt van het zorgkantoor in zijn aanbod richting zorgaanbieders. Hierbij kan in de praktijk het gecontracteerde tarief hoger of lager liggen. In het regionale beleid werken de zorgkantoren uit op welke wijze ze dit vormgeven. Klopt het dat op basis van bovenstaande dat zorgkantoren de vrijheid hebben om een basistarief af te spreken dat structureel hoger ligt dan het richttariefpercentage?	Zoals aangegeven is het richttariefpercentage het vertrekpunt van gesprek en uitdrukkelijk geen gemiddeld, minimum-, basis of maximumtarief. Dit betekent inderdaad dat het mogelijk is om een hoger tarief dan het richttariefpercentage af te spreken. Voor de exacte uitwerking van het richttariefpercentage inclusief de eventuele aanpassingsmogelijkheden verwijzen wij u naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.
VID-1342	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Heeft het zorgkantoor bij het vaststellen van het richttarief rekening gehouden met huidige en toekomstige (kostprijs)ontwikkelingen, nu het richttarief is gebaseerd op cijfers uit het verleden?	Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.
VID-1484	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Indien de investeringskosten van de door ons opgestelde plannen voor de kernelementen hoger uitkomen dan de opslag op het richttarief, is het zorgkantoor dan bereid om de hogere kosten te dekken bijvoorbeeld door het toekennen van een hogere toeslag? Zo nee, waarom niet?	Voor het antwoord op deze vraag verwijzen wij u naar uw regionale zorgkantoor.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1550	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	We vragen ons af wat er precies onder doelmatigheid wordt verstaan. Wanneer werkt een zorgaanbieder al dan niet doelmatig en waar lezen jullie dat precies aan af, wat zijn dan de criteria? Gegeven de aanmerkelijke marktmacht van de zorgkantoren, die over veel meer informatie over de regio beschikken dan de individuele zorgaanbieders, moeten de zorgaanbieders wel weten hoe doelmatig de zorgkantoren de zorgaanbieders willen hebben en welke criteria daarin wegen en hoe deze wegen (bijv. ernst problematiek, benodigde kwaliteit en veiligheid van het zorgaanbod, vereiste inzet en expertise).	Doelmatigheid is inderdaad een breed begrip. Doelmatigheid wordt bereikt door een optimale inzet van de middelen. Dit betreft zowel financiële als personele middelen. Waarbij ook een afweging van kosten versus kwaliteit gemaakt dient te worden. Onder het kernelement bedrijfsvoering in paragraaf 2.3 vindt u een aantal zaken waar wij als zorgkantoren op inzetten met betrekking tot een optimale bedrijfsvoering. Wij verwijzen u naar uw regionale zorgkantoor voor een eventuele verdere uitwerking van onder andere het thema bedrijfsvoering en/of andere zaken met betrekking tot doelmatigheid.
VID-1551	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	zorgkantoren hebben een wettelijke zorgplicht. Dat betekent dat zij, gelet op het voorgaande, ervoor moeten zorgen dat klanten aanspraak kunnen (blijven) maken op het zorgaanbod, dat past bij hun zorgvraag (de CIZ-indicatie). Hoe betrekken de zorgkantoren de uitstaande CIZ-indicaties in hun regio bij de beoordeling of zorgaanbieders de vereiste kwaliteit van zorg en veiligheid kunnen leveren?	De zorgkantoren proberen een zo goed mogelijk beeld van de regio en haar sociale kaart te verkrijgen. Dit doen zij door veelvuldig met u en de relevante instanties in overleg te gaan om zo kenmerken en signalen op te halen. Een van deze kenmerken is uiteraard het aantal uitstaande CIZ-indicaties in een regio. In het beleid van de afzonderlijke zorgkantoren vindt u meer terug over het zicht op de regio en het bijbehorende beleid.
VID-1552	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Welke kwaliteitsstandaarden gebruiken de zorgkantoren met betrekking tot het dagelijks werk in de geïntegreerde GGZ en in beschermd wonen?	Om de kwaliteit binnen de GGZ te borgen, werken we voor de inkoop 2021-2023 vooralsnog met voorlopige kwaliteitsuitgangspunten die zijn opgesteld in afstemming met de GGZ-sector. Deze kwaliteitsuitgangspunten gebruiken we ook in onze dialooggesprekken die we met de zorgaanbieders voeren. Met deze instrumenten denken we kwaliteit voor GGZ-klienten te kunnen borgen. Het is maatwerk en waar nodig moet hierover het goede gesprek worden gevoerd. Zodra de GGZ branches een kwaliteitskader hebben ontwikkeld, zal deze leidend zijn bij de inkoop van Wlz-zorg voor de GGZ.
VID-1553	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	Hoe denken de zorgkantoren de zorgaanbieders in hun regio te stimuleren tot doelmatiger werken?	Wij verwijzen u hiervoor naar uw regionale zorgkantoor.
VID-1554	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttarief-percentage als vertrekpunt	zorgkantoren stellen dat de zorgaanbieders een beroep kunnen doen op de hardheidsclausule. Zij moeten in dat geval op basis van aan te leveren stukken aantonen dat er al doelmatig gewerkt wordt en dat het richttariefpercentage niet kostendekkend is. Het zorgkantoor zal dan de op haar rustende zorgplicht in haar afwegingen meenemen. Hoe gaat het zorgkantoor de doelmatigheid beoordelen? De hardheidsclausule die u beschrijft is onzes inziens een waardevolle optie om in individuele gevallen meer maatwerk mogelijk te maken, maar kan niet het alternatief zijn voor de motiveringsplicht voor een reëel kostendekkend tarief die op de regionale zorgkantoren rust.	Om te beoordelen of er operationele verbeteringen mogelijk zijn (doelmatigheid verbeteren) kijken we bijvoorbeeld naar loonkosten/FTE, de materiële kosten/klant/jaar en de overige kosten/klant/jaar.  N.a.v. uw opmerking over de motiveringsplicht voor een reëel kostendekkend tarief. De zorgkantoren erkennen dat ze de tariefpercentages moeten onderbouwen. U vindt daarom ook een onderbouwing van het richttariefpercentage, inclusief aanvullende documentatie, in het inkoopkader. Als u van mening bent dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. In lijn met de uitspraak van het hof ligt de bewijslast om te onderbouwen waarom een (door de zorgkantoren onderbouwd) tarief disproportioneel laag is bij u als zorgaanbieder.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1563	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Richttariefpercentage:"in specifieke situaties de mogelijkheid om af te wijken naar boven of naar beneden. Het is geen minimum of maximum tarief, maar wel het vertrekpunt van het inkoopgesprek met uw inkoper." Dit lijkt op een creatieve manier om het geen basistarief met een opslagmogelijkheid te noemen (zoals vorig jaar). Echter met deze creatie wordt geen recht gedaan aan de uitspraak van het kort geding voor wat betreft motiveringsplicht van tarieven en het benodigde maatwerk daarbij.	Het hof heeft hierover aangegeven dat de zorgkantoren beschikken over een zekere beoordelingsvrijheid bij de vormgeving van hun inkoopbeleid. Het hanteren van een inkoopsystematiek bestaande uit basistarieven met een prestatie-afhankelijke opslag past naar voorshands oordeel van het hof binnen die beoordelingsvrijheid. Het behoort niet tot de taak van de rechter om een bepaalde inkoopsystematiek of tarieven voor te schrijven. Wel is het de zorgkantoren duidelijk gemaakt dat wij dienen te zorgen voor een gedegen onderbouwing van het te hanteren (richt)tariefpercentage, daar hebben wij met de nieuwe inkoopsystematiek inclusief gedegen onderbouwing invulling aan gegeven. Voor de onderbouwing verwijzen wij u naar bijlage 8 in de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023. Voor de exacte uitwerking van het richttarief inclusief de eventuele aanpassingsmogelijkheden verwijzen wij u naar het regionale inkoopbeleid van uw zorgkantoorregio.
VID-1878	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Hoe verhoudt het richttariefpercentage 2021 van 95,8% zich tot de Wlz inkooppercentages 2020: lager, gelijk of hoger?	Dit is afhankelijk van de afspraken die u in 2020 heeft gemaakt. Deze vraag kunt u dus enkel zelf beantwoorden.
VID-1879	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Klopt het dat ZN in de vaststelling van het richttariefpercentage 2022 een directe relatie tussen het maximum NZa-tarief, het landelijke Wlzinkoop percentage 2021 en de bedrijfsresultaten van de zorgaanbieders hanteert?	In bijlage 8 bij de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023 vindt u een onderbouwing van het richttariefpercentage. We hebben ons gebaseerd op de jaarrekeninggegevens 2019, waarbij we hebben gekeken bij welk tariefpercentage van het NZa maximum tarief 75% van de aanbieders een neutrale of positieve operationele winstmarge heeft. Wij hebben geen gebruik kunnen maken van gegevens over 2021.
VID-1880	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Als de bedrijfsresultaten van de Wlz-aanbieders verslechteren, impliceert de door ZN gehanteerde methodiek een verhoging van het richttariefpercentage?	Bij een gelijkblijvende systematiek en condities met betrekking tot de steekproef en de gestelde voorwaarden (bijvoorbeeld 75% van de zorgaanbieders dient een neutraal of positief bedrijfsresultaat te behalen), zou het kunnen dat dit tot een andere uitkomst leidt.
VID-1881	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Het richttariefpercentage is volgens ZN een vorm van doelmatigheid. Welke relatie is er met de kwaliteit goede langdurige zorg en hoe vertaalt zich dit in welk richttariefpercentage?	Het is uiteraard van belang dat de geleverde zorg van de juiste kwaliteit is, zowel nu als in de toekomst. We willen met het oog op de uitdagingen in de toekomst met de sector komen tot een zo doelmatig mogelijke organisatie van zorg. In 2022 en 2023 hanteren zorgkantoren de systematiek van het richttariefpercentage met bijbehorende onderbouwing. Dit betreft een richttariefpercentage met aanpassingsmogelijkheden. Voor een verdere uitwerking daarvan verwijzen wij u naar het beleid van uw regionale zorgkantoor.
VID-2090	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Wij hebben het kwaliteitsbudget volledig ingezet en hebben de 4% nodig om de gerealiseerde formatie te bestendigen. Hoe verloopt de procedure om tot gerichte prijsafspraken te komen, qua tijdsplan en proces?	De extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) zijn in de reguliere tarieven 2022 van de NZa verwerkt. Daarnaast voegt VWS de extra middelen van het kwaliteitsbudget toe aan de contracteerruimte. Het grootste gedeelte van het kwaliteitsbudget komt beschikbaar via de reguliere tarieven. Een beperkt deel van de extra middelen wordt gereserveerd voor gerichte afspraken over kwaliteitsverbetering en het oplossen van knelpunten voor de verpleeghuiszorg. De zorgkantoren geven in het regionale deel van het inkoopbeleid weer hoe zij hier invulling aan geven.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2305	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Het landelijk richtpercentage wordt ook voor ZZP VV 4 t/m VV 10 gelijkgesteld aan slechts 95,8% van het maximale NZa-tarief. Voor zorgaanbieders die momenteel een hogere tariefafpraak hebben betekent dit een doelmatigheidsafslag. Zeker in het geval van de ZZP VV 4 t/m VV 10 (kwaliteitskader producten) staat dit haaks op hetgeen verwoord is in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Wij zijn niet tegen een impuls om te innoveren of het oplossen van knelpunten, maar vinden het belangrijk om, zonder administratieve lastenverzwaring, zekerheid in financiering te ontvangen waaronder dus een basistarief tenminste gelijk aan voorgaande jaren. Wij maken dan ook bezwaar tegen deze bepaling en vragen om aanpassing.	De zorgkantoren passen het richttariefpercentage inclusief bijbehorende systematiek niet aan. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om zorg doelmatig in te kopen. De gedachte achter de hoogte van het richttariefpercentage is dat als 75% van de aanbieders hier zorg van kan verlenen dat de andere 25% dit in principe ook moet kunnen, door middel van een te maken doelmatigheidsafslag. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief de aanpassingsmogelijkheden in het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijk inkoopbeleid.
VID-2325	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Is het richttariefpercentage van 95,8% het maximum richttariefpercentage (los van de hardheidsclausule) of zijn opslagen mogelijk?	Het landelijke richttariefpercentage voor de langdurige zorg is nadrukkelijk géén gemiddeld, minimum-, basis- of maximumtarief, maar wel het vertrekpunt van het zorgkantoor in zijn aanbod richting zorgaanbieders. Hierbij kan in de praktijk het gecontracteerde tarief hoger of lager liggen. In het regionale beleid werken de zorgkantoren uit op welke wijze ze dit vormgeven.
VID-2389	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	In de hiervoor genoemde paragraaf staat: "Bij de afweging de hardheidsclausule toe te passen nemen we de zorgplicht mee". Dit is niet helder en is weinig concreet. Graag een antwoord op de volgende vragen: - Op welke wijze nemen zorgkantoren de zorgplicht mee bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen? - Kan de zorgplicht op zichzelf reden zijn om de hardheidsclausule niet toe te passen, terwijl op basis van alle gevraagde stukken door de organisatie wordt aangetoond dat er op een doelmatige manier zorg wordt geleverd en het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is? "Daar waar wij een niet bevredigend antwoord krijgen in de nota van inlichtingen kunt u de door ons gestelde vraag lezen als een bezwaar".	We nemen bij de afweging mee of we als zorgkantoor aan onze zorgplicht kunnen blijven voldoen. Dit kan betekenen dat als er voldoende alternatieven aanwezig zijn er geen aanspraak gemaakt kan worden op de hardheidsclausule. Optimale inzet van de beschikbare middelen is hierbij een afweging. We realiseren ons dat dergelijke beslissingen grote impact op de klant kunnen hebben. Zorgkantoren maken hierbij uiteraard een zorgvuldige afweging waarbij ook het klantbelang een belangrijke rol speelt.
VID-2429	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	Hou verhoudt een landelijk richtpercentage dat géén gemiddeld, minimum-, basis- of maximumtarief is zich tot de tarieven die de NZa heeft bepaald als passend voor het leveren van langdurige zorg?	Met het NZa kostprijsonderzoek zijn de historische kostprijzen per prestatie in kaart gebracht. De NZa heeft vervolgens op basis van het gemiddelde een tarief per prestatie vastgesteld. Het onderzoek laat echter ook zien dat er een grote spreiding is in kostprijs per prestatie tussen aanbieders. Daarnaast heeft de NZa bij de tariefstelling niet gecorrigeerd voor ondoelmatigheid in de historische kostprijzen. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak om bij de zorginkoop wel te sturen op doelmatigheid. Dit doen zij onder andere door passende tariefafspraken te maken. Daarbij is door de voorzieningenrechter in de uitspraak van 1 oktober 2020 aangegeven dat het vaststaat dat zorgkantoren een lager tarief mogen hanteren dan het NZa maximumtarief.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0003	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Hoeveel procent van de aanbieders heeft een omzet van 60% van de omzet afkomstig uit de Wlz. Bij een geïntegreerde instelling is dit niet aan de orde.	Het klopt dat veel geïntegreerde GGZ-instellingen hier niet onder vallen doordat zij minder dan 60% van hun omzet uit de Wlz halen. Dit hoeft niet te betekenen dat het richttariefpercentage niet passend is voor deze aanbieders. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven.
VID-0006	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Is er wat bekend over de OVA doorrekening door de NZa? Weten jullie hier al wat over te melden?	De NZa heeft de voorlopige indexcijfers 2022 gepubliceerd op haar website. Zie hiervoor: <a href="https://www.NZa.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-prijsindexcijfer-voor-personele-kosten">https://www.NZa.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-prijsindexcijfer-voor-personele-kosten</a>  De verwerking hiervan in de Wlz-tarieven zal u terugzien in de NZa regelgeving. Deze publiceren zij begin juli. Voor verdere vragen hierover verwijzen wij u naar de NZa.
VID-0007	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Klopt het dat de tarieven 2022 per 1 juli met het beleidskader worden gepubliceerd?	De NZa publiceert de maximumtarieven voor 2022 begin juli.
VID-0009	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	U geeft aan dat het landeling richtpercentage 95,8% bedraagt. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de sectoren. Wat is de motivatie/bewegreden om geen onderscheid tussen de sectoren te maken?	De NZa maakt bij de vaststelling van prestaties en de maximumtarieven een onderscheid tussen sectoren en verschillende zorgzwaarte niveaus. Doordat zorgkantoren het richttariefpercentage toepassen op de NZa maximumtarieven maken zij dus wel degelijk een onderscheid tussen sectoren.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0010	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttariefpercentage	In paragraaf 2.2.1 staat: "Het gekozen tariefpercentage voldoet aan het uitgangspunt dat het volstaat om iedereen die langdurige zorg nodig heeft van zorg te voorzien binnen de financiële kaders van VWS. " Hierbij maakt u gebruik van beschikbare jaarverslagen 2019 om dit te onderbouwen. We nemen aan dat u weet dat het resultaat in de jaarverslagen een combinatie is van een resultaat op zorg en op vastgoed. Door hier geen onderscheid in te maken tussen zorg en vastgoed, zijn wij van mening dat u geen goed oordeel kunt geven in hoeverre de nu voorgestelde richttariefpercentages volstaan om voldoende zorg te verlenen binnen wettelijke kaders. Immers, de gevonden resultaten in de jaarverslagen zullen voor het overgrote deel betrekking hebben op het vastgoedresultaat en niet op het zorgresultaat. Door de door u gehanteerde methodiek zal de zorgexploitatie nog negatiever worden en/of de vastgoedexploitatie onder druk komen te staan. Met als consequentie dat de zorg dus niet binnen wettelijke kaders te geven is en/of de vastgoedopgave voor de komende decennia bij zorgaanbieders een halt wordt toegeroepen. Het eerste is ons inziens wettelijk niet toegestaan en het tweede past niet bij bijvoorbeeld de recent gemaakte bestuurlijke afspraken Wonen en Zorg die echt nodig zijn, kijkend naar het urgente dossier van de vergrijzing. Bent u bereid om het nu gecommuniceerde tariefpercentage te heroverwegen in het licht van deze vraag?	Nee, het richttariefpercentage wordt niet aangepast. Zorgkantoren hebben voor de onderbouwing van het richttariefpercentage gebruik gemaakt van de gegevens waar zij toegang tot hebben. Zoals u al stelt tonen de gebruikte jaarrekeningen een gecombineerd resultaat op zorg en vastgoed. Het is daarom niet mogelijk hier in onze berekening een onderscheid in te maken. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijke inkoopkader 2022.
VID-0106	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttariefpercentage	Het richtpercentage is gebaseerd op de analyse van de jaarresultaten 2019. Op welke wijze is bij de bepaling van het richtpercentage rekening gehouden met de te verwachten stijging van de salariskosten a.g.v. cao-effecten en stijgende kosten a.g.v. hoger verzuim welke niet gedekt kunnen worden uit de te verwachten indexering van de NZa-tarieven?	Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussentijdse jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0114	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	De kwaliteitsgelden landen in het tarief. De prestaties en kwaliteit die gevraagd worden zijn gelijk aan afgelopen jaren. Toch wordt het tarief gekort (inkoopkader 2.2.1). Op welke wijze kunnen wij onze inzet zoals die m.b.t. kwaliteitsverbetering is gedaan (zoals bijvoorbeeld permanente aanwezigheid in woonkamers van woonondersteuners) dan wel financieren?	Er is besloten dat, vanaf 2022, de extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) in de reguliere tarieven van de NZa worden verwerkt. Concreet betekent dit dat de NZa de maximumtarieven van de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV verhoogt. Het grootste gedeelte van het kwaliteitsbudget komt beschikbaar via de reguliere tarieven. Een beperkt deel van de extra middelen wordt gereserveerd gerichte afspraken over kwaliteitsverbetering en het oplossen van knelpunten voor de verpleeghuiszorg. De zorgkantoren geven in het regionale deel van het inkoopbeleid weer hoe zij hier invulling aan geven. Als de structurele kosten hoger zijn dan de vergoeding die de zorgaanbieder krijgt vanuit het kwaliteitsbudget dan is het aan de zorgaanbieder om te bepalen welke keuzes de zorgaanbieder wil maken t.a.v. zijn eigen bedrijfsvoering.
VID-0125	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	U heeft gekozen voor een landelijk richttarief met ruimte voor maatwerk. In de praktijk zien wij nu dat er grote verschillen zijn ontstaan in de invulling hiervan tussen zorgkantoren. CZ biedt bijvoorbeeld 96% voor GGZW en GGZB. Zilveren Kruis maakt onderscheid tussen geïntegreerde en Beschermd Wonen aanbieders in de GGZ. De klantengroep is echter hetzelfde. Kunt u deze verschillen tussen zorgkantoren (en dus verschillen in de geboden zorg) verantwoorden en verklaren?	Wij verzoeken u om hierover met uw regionale zorgkantoor in gesprek te gaan.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0177	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwning van het richttarief- percentage	De onderbouwning door het zorgkantoor van de generieke afslagen doet geen recht aan de positie van geïntegreerde instellingen nu het zorgkantoor alleen gekeken heeft naar instellingen met een Wlz-omzet van meer dan 60%. Naar onze mening voldoet uw onderbouwning van het richttariefpercentage ook niet aan de motiveringseisen, zoals die zijn gesteld in het Vonnis en het Arrest van het Gerechtshof in Den Haag. Graag ontvangen we uw onderbouwning waaruit blijkt dat aan de genoemde motiveringseisen wordt voldaan.	Het richttariefpercentage waar we in 2022 en 2023 mee werken is gebaseerd op zorgvuldig onderzoek. De onderzoeksmethode is geadviseerd en na doorrekening door de zorgkantoren tevens gevalideerd door een onafhankelijk bureau (Gupta Strategists). De voorzieningenrechter heeft gesteld, in een uitspraak over het voorgenomen beleid 2021, dat hierbij rekening gehouden dient te worden met de (i) sectorale uitvoeringswerkelijkheid en (ii) organisatie specifieke aspecten en (iii) regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen. (i) De sectorale uitvoeringswerkelijkheid wordt voldoende rekening mee gehouden gezien de methode van tariefstelling door de NZa. Het richttariefpercentage wordt namelijk toegepast op de vergoedingen o.b.v. de ZZP-systematiek. De ZZP systematiek zorgt ervoor dat er voldoende rekening wordt gehouden met verschillen in zorgzwaarte, zowel binnen als tussen de verschillende sectoren. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid tot meerzorg. (ii) en (iii) De zorgkantoren beschikken niet over recente grootboekgegevens van een representatieve groep zorgaanbieders (per sector) en al helemaal niet over regio- of aanbieder-specifieke factoren. Beide constatering brengen met zich dat niet per sector gekeken kan worden wat een reëel tarief is, en regionale kostenverschillen niet kunnen worden meegenomen bij de onderbouwning van het richttarief. Daarnaast is het niet de taak van zorgkantoren, maar van de NZa, om organisatie-specifieke elementen te betrekken bij de te maken analyse, namelijk in een kostenonderzoek. Tegelijkertijd is er bewust voor een richttariefpercentage gekozen om zo de mogelijkheid te creëren om maatwerk te kunnen bieden in de regio, waarmee bijvoorbeeld regionale knelpunten opgepakt kunnen worden of regionale ontwikkelingen gestimuleerd kunnen worden. Tenslotte is er in uitzonderlijke gevallen nog de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
VID-0180	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwning van het richttarief- percentage	Zonder een inhoudelijke sluitende onderbouwning worden generieke afslagen op de door de NZa vastgestelde Wlz-tarieven toepast bij de tarieven 2022 (en 2023). Dit terwijl enkel de NZa-tarieven, zoals het zorgkantoor weet, kostprijs georiënteerd zijn. Generieke kortingen zijn in dat geval ongepast. Als gevolg van de eenzijdig door het zorgkantoor opgelegde tarieven 2022 (en 2023) moet Zorgaanbieder tegen lagere tarieven GGZ zorg aanbieden en wordt deze aanbieder voorzienbaar gedwongen GGZ te leveren terwijl anderzijds sprake is van hogere kosten. Dat is voor Zorgaanbieder niet mogelijk en is schadelijk voor de zorgverlening en daarmee voor de klanten. Zorgaanbieder verzoekt het zorgkantoor dan ook kenbaar te maken dat afslagen niet langer van toepassing zijn en het zorgkantoor onverkort uit zal gaan van minimaal de 100% NZa-tarieven voor Wlz-zorg of in ieder geval het huidige tariefniveau.	Met het NZa kostprijsonderzoek zijn de historische kostprijzen per prestatie in kaart gebracht. De NZa heeft vervolgens op basis van het gemiddelde een tarief per prestatie vastgesteld. Het onderzoek laat echter ook zien dat er een grote spreiding is in kostprijs per prestatie tussen aanbieders. Daarnaast heeft de NZa bij de tariefstelling niet gecorrigeerd voor ondoelmatigheid in de historische kostprijzen. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak om bij de zorginkoop wel te sturen op doelmatigheid. Dit doen zij onder andere door passende tariefafspraken te maken. Daarbij is door de voorzieningenrechter in de uitspraak van 1 oktober 2020 aangegeven dat het vaststaat dat zorgkantoren een lager tarief mogen hanteren dan het NZa maximumtarief.  Zorgkantoren zullen en kunnen dus niet onverkort de 100% maximumtarieven van de NZa toepassen.



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0258	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Bent u het ermee eens dat het huidige richttariefpercentage onvoldoende rekening houdt met de stijgende kosten en het negatieve effect vanuit de OVA. En dat het niet passend is om ook voor de klanten van de toekomst de nodige doorontwikkeling te kunnen maken? Zo nee, kunt u onderbouwen waarom u het hier niet mee eens bent?	Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.
VID-0315	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Wij maken bezwaar tegen het niet voor 100% landen van de extra middelen verpleeghuiszorg via de reguliere tarieven 2022-2023. Wij zijn van mening dat dit in strijd is met eerdere toezeggingen (o.a. vanuit het Ministerie). Aangezien wij in 2021 op 100% van de middelen inzetten zou dit tot afbouw van de formatie leiden, hetgeen naar onze mening haaks staat op de doelstellingen van het Kwaliteitskader.	De extra middelen zijn door de NZa verwerkt in de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV waardoor ze beschikbaar blijven voor de sector, voor meer informatie verwijzen wij u naar de beleidsregel. In het regionale beleid van zorgkantoren vindt u nadere informatie over de wijze waarop zorgkantoren afspraken maken over deze middelen. Landelijk is afgesproken dat het grootste gedeelte van het kwaliteitsbudget beschikbaar komt via de reguliere tarieven. Een beperkt deel van de extra middelen kan worden gereserveerd om gerichte afspraken over kwaliteitsverbetering en het oplossen van knelpunten voor de verpleeghuiszorg te maken. Hiermee blijft 100% van de extra middelen verpleeghuiszorg beschikbaar voor de sector. Als de structurele kosten hoger zijn dan de vergoeding die de zorgaanbieder krijg vanuit het kwaliteitsbudget dan is het aan de zorgaanbieders om te bepalen welke keuzes de zorgaanbieder wil maken t.a.v. zijn eigen bedrijfsvoering. De kwaliteitskaders zijn opgesteld door de sector en blijven van toepassing. Zorgkantoren blijven met zorgaanbieders in gesprek over de wijze waarop zij invulling geven aan de doelstellingen uit het kwaliteitskader. We zien hierbij ook dat er andere mogelijkheden zijn dan alleen door inzet van zorgpersoneel, denk hierbij bijvoorbeeld door innovaties.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0373	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	In het inkoopbeleid staat dat niet het volledige kwaliteitsbudget in de tarieven landt. Het zorgkantoor heeft echter steeds gestimuleerd een hoger personeel aandeel van het kwaliteitsbudget in te zetten dan de norm van 85%. De inzet bedraagt hierdoor ook meer dan 90%. Het personeel aandeel landt dus niet volledig in de tarieven. Waar ziet het zorgkantoor mogelijkheden om in de negatieve consequenties van dit besluit tegemoet te komen en toch de kwaliteit van zorg te kunnen leveren die nodig is?	De extra middelen zijn door de NZa verwerkt in de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV waardoor ze beschikbaar blijven voor de sector, voor meer informatie verwijzen wij u naar de beleidsregel. In het regionale beleid van zorgkantoren vindt u nadere informatie over de wijze waarop zorgkantoren afspraken maken over deze middelen. Landelijk is afgesproken dat het grootste gedeelte van het kwaliteitsbudget beschikbaar komt via de reguliere tarieven. Een beperkt deel van de extra middelen kan worden gereserveerd om gerichte afspraken over kwaliteitsverbetering en het oplossen van knelpunten voor de verpleeghuiszorg te maken. Hiermee blijft 100% van de extra middelen verpleeghuiszorg beschikbaar voor de sector. Als de structurele kosten hoger zijn dan de vergoeding die de zorgaanbieder krijgt vanuit het kwaliteitsbudget dan is het aan de zorgaanbieders om te bepalen welke keuzes de zorgaanbieder wil maken t.a.v. zijn eigen bedrijfsvoering. De kwaliteitskaders zijn opgesteld door de sector en blijven van toepassing. Zorgkantoren blijven met zorgaanbieders in gesprek over de wijze waarop zij invulling geven aan de doelstellingen uit het kwaliteitskader. We zien hierbij ook dat er andere mogelijkheden zijn dan alleen door inzet van zorgpersoneel, denk hierbij bijvoorbeeld aan innovaties.
VID-0378	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	Zorgstandaarden, generieke modules (zoals die voor ernstige psychische aandoeningen) en aanvullende veldnormen als IRB, SRH en ART (gebaseerd op de principes van "herstel" en/of "positieve gezondheid") schrijven het werkveld een hoge kwaliteit en veiligheid van zorg voor, zowel voor de inzet van deskundig personeel als voor het aantal (technologische) voorzieningen en de (her)inrichting van gebouwen. Hierdoor zetten zorgaanbieders hele andere disciplines in dan tien, vijftien jaar gelden, maar zijn de Wlz-zorgprestaties hier (nog) niet op aangepast. Hoe heeft u getoetst of deze normen/vereisten vorm kunnen gegeven worden of geleverd kunnen worden voor deze tarieven (met verouderde systematiek)?	De basis voor ons vormen de prestaties en tarieven zoals vastgesteld door de NZa. Indien u van mening bent dat prestaties niet meer passend zijn, dan is het mogelijk om dit aan te kaarten bij de NZa. Dit kan ook via uw branchevereniging.
VID-0489	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	U geeft aan dat het gekozen tariefpercentage voldoet aan het uitgangspunt dat het volstaat om iedereen die langdurige zorg nodig heeft van zorg te voorzien binnen de financiële kaders van VWS, en dat daarnaast het gekozen percentage ruimte biedt de eerder genoemde uitdagingen en knelpunten in de langdurige zorg aan te pakken. Kunt u aangeven waar u dit op baseert?	De zorgkantoren dienen te opereren binnen de financiële kaders die VWS beschikbaar stelt. Binnen deze kaders hebben de zorgkantoren de opdracht om doelmatige zorg in te kopen. Bij een richttariefpercentage van 95,8% heeft 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve winstmarge. Dit is de meerderheid en dit is iets lager dan het aandeel bij de huidige tariefniveaus in 2019. Iets lager is wenselijk om ruimte voor maatwerk te creëren en doelmatigheid te stimuleren.
VID-0588	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	Het onderzoek naar het richtlijntarief heeft op basis van jaarrekeningen van aanbieders uit het jaar 2019 plaatsgevonden. Hoe bent u op basis van de cijfers uit de jaarrekeningen tot een berekening van het richttarief gekomen?	Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage verwijs ik u naar paragraaf 2.2.1 en bijlage 8 van het aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0589	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Gezien de indexatiesystematiek die de NZa toepast middels een voorlopige en definitieve indexatie voor de OVA en de materiële component levert onderzoek van 1 jaar per definitie geen betrouwbaar beeld van de resultaten van aanbieders op. 2019 was een jaar met een hoge voorlopige OVA (4,08%) redelijk passend bij de loonstijging van 4% in 2018. De definitieve OVA is lager vastgesteld waardoor een correctie van het tarief in 2020 plaats heeft gevonden. Gezien deze wijze van werken met de indexatie kan een richtlijntarief, voor zover dat mogelijk is op basis van jaarrekeningen, alleen maar over meerdere jaren worden vastgesteld. Wij maken bezwaar tegen het feit dat de zorgkantoren slechts 1 jaar in het onderzoek hebben betrokken.	De jaarrekeningen 2019 zijn de meest recente beschikbare financiële gegevens waar de zorgkantoren zich op kunnen baseren. Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.
VID-0590	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	De NZa stelt ieder jaar de beleidsregels met daarin de tarieven voor het nieuwe jaar vast. Op het moment van publicatie van het inkoopbeleid zijn de tarieven voor 2022 en de jaren daarna nog niet bekend. Wanneer de NZa naast de jaarlijkse aanpassingen (indexatie) andere aanpassingen in het tarief doorvoert zoals bijvoorbeeld aanpassing van het rente percentage of een integraal ZPP tarief voor wonen, zorg en welzijn zou opnieuw, op een navolgbare en objectieve wijze, een passend richtlijn tarief moeten worden vastgesteld (waar zorgkantoren en aanbieders vervolgens beredeneerd van af kunnen wijken). Graag vernemen wij van zorgkantoor dat dit de werkwijze is. En zo nee, waarom niet. Indien dat niet zo is maken wij bezwaar.	In lijn met de uitspraak van de rechter hebben de zorgkantoren het richttariefpercentage voor 2022 en 2023 onderbouwd op basis van de resultaatgegevens van aanbieders in 2019. Het richttariefpercentage wordt toegepast op de maximum NZa tarieven. Wanneer de NZa deze tarieven indexeert of herijkt volgen wij deze ontwikkeling dus automatisch. Wij gaan daarbij uit van de systematiek van de NZa zoals beschreven in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152: "De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren."

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0781	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Er staat: Vervolgens is het richttarief percentage vastgesteld op het niveau waarbij 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt. Vraag: is hiermee rekening gehouden met het effect van de OVA 2021 in NZa indexering 2022? Deze bedraagt -1,23% (2021 definitieve indexering 2,01% - voorlopige indexering 3,24%). m.a.w. is het percentage niet lager dan 75% waarbij zorginstellingen een neutraal of een positief resultaat behaalt? `Wanneer het percentage t.g.v. bovenstaand lager is dan 75% wordt het richttariefpercentage dan naar boven aangepast?	<p>In lijn met de uitspraak van de voorzieningenrechter hebben de zorgkantoren het richttarief onderbouwd. Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.</p> <p>Indien u van mening bent dat het effect van de OVA 2021 onvoldoende is meegenomen in de tarieven dan adviseren wij u om hierover contact op te nemen met de NZa. Wij passen het richttariefpercentage hierop niet aan.</p>
VID-0815	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Kunt u aangeven wat de inhoudelijke kader zijn voor de regionale plannen?	Wij verwijzen u hiervoor naar uw regionale zorgkantoor.
VID-0817	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Voor een goede inschatting van de financiële gevolgen is het noodzakelijk dat wij meer inzicht krijgen in de landing van het kwaliteitsbudget in het reguliere tarief. Het kwaliteitsbudget t/m 2021 is opgebouwd uit meerdere onderdelen, te weten a. gemotiveerde afwijkingen (diverse posten) b. compensatie herijking tarieven en c. budget beschikbaar voor handen aan het bed en overige investeringen. Interpreteren wij het juist dat al deze 3 onderdelen landen in het tarief? Zo niet, kunt u dat dan toelichten?	Met betrekking tot de kwaliteitsmiddelen is er besloten dat, vanaf 2022, de extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) in de reguliere tarieven van de NZa worden verwerkt. Hiermee vervallen ook automatisch de tijdelijke compensatie herijking tarieven en gemotiveerde afwijkingen. Concreet betekent dit dat de NZa de maximumtarieven van de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV verhoogt. Voor vragen rondom het laten landen in de NZa tarieven verwijzen wij u naar de NZa. Voor de nadere uitwerking van de landing van het kwaliteitsbudget in de tariefsystematiek van zorgkantoren verwijzen wij naar het regionaal beleid van zorgkantoren.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0818	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Voor een goede inschatting van de financiële gevolgen is het noodzakelijk dat wij meer inzicht krijgen in het perspectief dat geldt bij de landing van het kwaliteitsbudget in de tarieven. In het overzicht toegekende middelen kwaliteitsbudget worden meerdere perspectieven c.q. budgetten genoemd. Het gaat om het a. maximaal beschikbaar kwaliteitsbudget, b. de toegekende middelen kwaliteitsbudget 2021 (het eindperspectief), c. de initiële ruimte kwaliteitsbudget (op basis van initieel eindperspectief) en d. het ingestemd plan 2021. Welk budget is uiteindelijk bepalend en wat zijn de spelregels? Graag een fictief rekenvoorbeeld.	Er is besloten dat, vanaf 2022, de extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) in de reguliere tarieven van de NZa worden verwerkt. Concreet betekent dit dat de NZa de maximumtarieven van de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV verhoogt. Voor de verdeling over de verschillende prestaties verwijzen we naar de beleidsregels van de NZa en het regionaal inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
VID-0838	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Er wordt door de zorgkantoren gewerkt met een richttariefpercentage van 95,8% van het door de NZa vastgestelde maximumtarief. Daar zijn wij het niet mee eens. Daar maken wij bezwaar tegen. Wij zien graag dat u het maximum NZa-tarief hanteert. Waarom hanteert u dat tarief niet? De NZa heeft deze tarieven toch niet voor niets berekend?	Met het NZa kostprijsonderzoek zijn de historische kostprijzen per prestatie in kaart gebracht. De NZa heeft vervolgens op basis van het gemiddelde een tarief per prestatie vastgesteld. Het onderzoek laat echter ook zien dat er een grote spreiding is in kostprijs per prestatie tussen aanbieders. Daarnaast heeft de NZa bij de tariefstelling niet gecorrigeerd voor ondoelmatigheid in de historische kostprijzen. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak om bij de zorginkoop wel te sturen op doelmatigheid. Dit doen zij onder andere door passende tariefafspraken te maken. Daarbij is door de voorzieningenrechter in de uitspraak van 1 oktober 2020 aangegeven dat het vaststaat dat zorgkantoren een lager tarief mogen hanteren dan het NZa maximumtarief.
VID-0839	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Kunt u een onderbouwing geven van de totstandkoming van het richttariefpercentage voor alle sectoren?	Wij verwijzen u hiervoor naar bijlage 8 bij de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023.
VID-0867	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	In paragraaf 2.2.1 staat: "Het gekozen tariefpercentage voldoet aan het uitgangspunt dat het volstaat om iedereen die langdurige zorg nodig heeft van zorg te voorzien binnen de financiële kaders van VWS". Betekent dit dat ZN van mening is dat, als een tarief van 95,8% wordt afgesproken met de zorgaanbieders, de beschikbare contracteerruimte voldoende is om iedereen met een Wlz-indicatie de zorg te leveren waarvoor ze geïndiceerd zijn?	De zorgkantoren dienen te opereren binnen de financiële kaders die VWS beschikbaar stelt. Binnen deze kaders hebben de zorgkantoren de opdracht om doelmatige zorg in te kopen. Wij gaan er vanuit dat we met deze inkoopsystematiek met daarbij het richttariefpercentage van 95,8% invulling geven aan onze doelmatigheidsopdracht. Mocht blijken dat het kader niet toereikend is dan zullen wij de knelpuntenprocedure in gang zetten.
VID-0927	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	In de Zvw wordt een complexe herverdelingsystematiek voor de verevening gehanteerd omdat het complexe problematiek is. Waarom niet eenzelfde complexere herverdelingsmethodiek gehanteerd? Deze methodiek doet mogelijk geen recht aan een juiste verdeling van middelen gekoppeld aan de variatie van klanten	Wij begrijpen uw vraag niet helemaal, maar hopen met ons antwoord de vraag zo goed mogelijk te beantwoorden. Wij denken dat u in vraag doelt op de vereveningsystematiek op basis waarvan in de Zvw de financiële middelen uit het Zvw fonds worden verdeeld over de zorgverzekeraars. Voor de verdeling van het financieel kader dat beschikbaar is voor de Wlz over de zorgkantoren bestaat er ook een systematiek. Op basis hiervan ontvangt ieder zorgkantoor het regionale budget dat beschikbaar is voor de inkoop van zorg (de regionale contracteerruimte). In deze methodiek wordt onder andere rekening gehouden met het aantal Wlz klanten in een regio en de zorgvraag van deze klanten.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1016	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Hoe vaak wordt het richttarief percentage herijkt?	Op dit moment hebben we een meerjarig inkoopkader 2021-2023. Het richttariefpercentage van 95,8% staat in principe vast voor 2022 en 2023. Er is nog geen besluit genomen over de te hanteren tariefsystematiek in 2024 en verder.
VID-1017	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	In de tabel is op geen van de items voor de GGZ een inschatting gegeven voor de GGZ. Om toekomstige tekorten aan te geven, is het van belang dit vanuit een goede basis te doen. Wij constateren nu al een tekort in het macrokader, zoals gezegd in het kort geding en Hoger Beroep. Het zou een omissie zijn om bij de inschatting dus uit te gaan van "o". Hoe en op welke termijn gaat het zorgkantoor over de tekorten in de GGZ een uitspraak doen en worden de onderbouwingen vanuit de sector daarin meegenomen?	We begrijpen uw vraag niet helemaal. Mocht u bedoelen dat de zorgkantoren indien er structurele tekorten ontstaan - ondanks een doelmatige inkoop en optimale inzet van de middelen - dit aanklaarten bij VWS, dan kunnen wij bevestigen dat wij op dat moment de knelpuntenprocedure in gang zetten.
VID-1020	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	"Voor de onderbouwing van het richttarief percentage maakten we gebruik van cijfers uit de meest recent beschikbare jaarverslagen, 2019, van zorgaanbieders in de Wlz. Hierbij zijn alle Wlz-zorgaanbieders meegenomen die meer dan 60% van hun omzet in de Wlz behalen. " Hoe verhoudt deze methode zich tot de uitspraak m.b.t. het tarief"Het gekozen tariefpercentage voldoet aan het uitgangspunt dat het volstaat om iedereen die langdurige zorg nodig heeft van zorg te voorzien binnen de financiële kaders van VWS. " En de koppeling naar de geïntegreerde instellingen. Hoe toont dit aan dat het gekozen tariefpercentage ook toereikend is voor geïntegreerde instellingen?	Een nadere onderbouwing van het richttariefpercentage is te vinden in bijlage 8 bij de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023. Geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttariefpercentage inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tariefpercentage voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1029	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	De VGN heeft onlangs op de ALV de beloning van de concurrerende sectoren, VVT/ GGZ/ Jeugdzorg gebenchmarkt met de GHZ. Daaruit bleek dat met name de inschaling aan de onderkant van het functiegebouw, tot fwg 50 binnen de GHZ een stuk lager ligt dan bij de andere sectoren. Daarmee liggen we achter in positie als het gaat om nieuwe medewerkers binnen te halen en hebben we een slechte startpositie op de markt. De kans is groot dat om in een krappe markt voldoende medewerkers aan te trekken, naast een aantrekkelijke werkgever te zijn er met arbeidsmarkttoeslagen gewerkt moet worden of een aanpassing volgt in de CAO GHZ bij het opnieuw vaststellen daarvan. Omdat dit een sector specifiek probleem is, welke wij niet in de jaarlijkse indexering op het max. NZa-tarief terug zullen zien, is het zorgkantoor bereid om hier rekening mee te houden in de tarifiering als sector specifiek punt (zoals door de voorzieningenrechter bepaald)?	In lijn met de uitspraak van de rechter hebben de zorgkantoren het richttarief onderbouwd. Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152. Kortom, als u vindt dat hier onvoldoende rekening mee wordt gehouden in de tarieven dan adviseren wij u hierover contact op te nemen met de NZa.
VID-1030	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Het zorgkantoor maakt geen onderscheid naar sector bij de bepaling van het richttarief. Hoe geeft het zorgkantoor gehoor aan de uitspraak in het vonnis waarin de voorzieningenrechter heeft aangegeven dat bij het onderzoek naar reële tarieven onder andere rekening moet worden gehouden met de sectorale uitvoeringsmogelijkheden?	Het richttariefpercentage waar we in 2022 en 2023 mee werken is gebaseerd op zorgvuldig onderzoek. De onderzoeksmethode is geadviseerd en na uitwerking door de zorgkantoren tevens gevalideerd door een onafhankelijk bureau (Gupta Strategists). Met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid wordt voldoende rekening gehouden gezien de methode van tariefstelling door de NZa. Het richttariefpercentage wordt namelijk toegepast op de vergoedingen o.b.v. de ZZP-systematiek. De ZZP systematiek zorgt ervoor dat er voldoende rekening wordt gehouden met verschillen in zorgzwaarte, zowel binnen als tussen de verschillende sectoren.
VID-1031	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Het landelijk richt tariefpercentage geeft ruimte voor het stimuleren van inhoudelijke verbeteringen in de regio en maatwerk waar dat nodig is. Hoe verhoudt zich dit tot beleid dat niet per regio maar per Wlz uitvoerder verschillend is?	De verschillende zorgkantoren geven in hun regionale beleid aan op welke wijze ze hier invulling aangeven. Op basis van dit beleid kan de uitwerking/invulling per regio verschillen.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1033	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Generiek tarief is gebaseerd op bestudering jaarrekeningen. Op basis van de genoemde criteria heeft de jaarrekening van de zorgaanbieder geen onderdeel uitgemaakt van deze analyse. Waarom wordt het kostenonderzoek visueel niet gebruikt als basis voor vaststelling van een reëel tarief?	Met het kostenonderzoek zijn de door zorgaanbieders gemaakte kosten in kaart gebracht. De NZa heeft dit gebruikt voor het bepalen van het maximumtarief. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Ze moeten dus niet alleen kijken naar wat het heeft gekost, maar ook naar wat er echt nodig is. Om deze reden kijken de zorgkantoren naar de resultaten die worden behaald door aanbieders in de Wlz.
VID-1036	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Hoe ziet de zorgaanbieder de extra toegekende verhoging van het macrokader n.a.v. het kostenonderzoek visueel terug in de vaststelling van de tarieven van het zorgkantoor?	De NZa stelt de prestaties en de tarieven vast. Voor de ZG zijn de tarieven verhoogd. Om deze reden is het macrokader ook verhoogd. Het tariefpercentage wordt toegepast op de maximumtarieven van de NZa.
VID-1087	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Is het zorgkantoor bereid om het tarief te verhogen naar een tenminste kostendekkend basistarief? Zo nee, waarom niet?	De zorgkantoren hebben op basis van een steekproef (waarvan u de criteria vindt in bijlage 8 bij het inkoopbeleid) van de jaarrekeningen 2019 vastgesteld dat het richttariefpercentage voor 75% van deze aanbieders kostendekkend is. Er kan dus niet worden gesteld dat het richttariefpercentage niet kostendekkend is. Daarnaast biedt de systematiek regionaal de mogelijkheid tot aangepaste tariefafspraken wanneer dit passend is. Als u van mening bent dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijke benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
VID-1122	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	In voorgaande jaren was er een aparte financiering voor grote stedenproblematiek. Is deze ook weer voor 2022 af te spreken en zo ja, in welke vorm?	Wij vermoeden dat u doelt op de toeslag voor niet beïnvloedbare factoren. Dit is een financiering die de NZa beschikbaar stelt, begin juli zullen zij de beleidsregels voor 2022 publiceren.
VID-1125	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	In 2023 voeren we geen landelijke generieke korting door op de NHC/NIC-component". Klopt de stelling dat dit voor 2023 regionaal wel tot een korting NHC/NIC zou kunnen leiden? En zo ja, wat zou wat ZN betreft daarvoor een acceptabele reden kunnen zijn?	De stelling dat dit voor 2023 regionaal tot een korting op de NHC/NIC zou kunnen leiden klopt inderdaad. Hoe dit regionaal uitpakt in 2023 en wat de regionale zorgkantoren daarvoor geldige redenen achten kunt u nagaan bij uw regionale zorgkantoor.



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1274	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	In 2022 rekenen zorgkantoren met 100% van de NHC/NIC-component. We gebruiken 2022 om meer inzicht te krijgen op de werking van de NHC/NIC in relatie tot sturing op zorgvastgoed. In 2023 voeren we geen landelijke generieke korting door op de NHC/NIC-component. In het regionale beleid leest u of zorgkantoren hierover afspraken op maat willen maken. met andere woorden het NHC/NIC % wordt overgelaten aan de zorgkantoren. Dit creëert onzekerheid bij de zorgaanbieder, waar juist forse investeringen worden gedaan en uitbreiding gevraagd wordt. Hoe gaat het zorgkantoor de zorgaanbieders lange termijn perspectief bieden?	Wij verwijzen u hiervoor naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.
VID-1292	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	De voorzieningenrechter Den Haag heeft in het vonnis d.d. 1 oktober 2020 bepaald dat de zorgkantoren reële tarieven dienen vast te stellen waarbij rekening is gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid en de kostprijs van de te leveren zorg door een redelijk efficiënt functionerend aanbieder tot uitgangspunt moet worden genomen. Heeft het zorgkantoor onafhankelijk onderzoek (laten) verrichten naar de regionale gemiddelde kostenstructuur voor alle V&V producten, bijvoorbeeld door middel van een benchmarkonderzoek? Zo ja, dan ontvangen wij graag de uitkomsten van dit onderzoek. Ook vernemen wij dan graag in welke mate bij het uitgevoerde onderzoek is afgeweken van het kostprijsonderzoek langdurige zorg van de NZa. Zo nee, op welke wijze heeft het zorgkantoor rekening gehouden met de regionale kenmerken van onder meer de zorginfrastructuur, de populatie-opbouw en gezondheidsproblematiek bij het vaststellen van dit tarief? Heeft het zorgkantoor daarbij rekening gehouden met de in het kader van de procedure die heeft geleid tot het genoemde vonnis, door de zorginstellingen ingebrachte kostprijsonderzoeken? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben voor de berekening van het richttariefpercentage resultaatgegevens uit de jaarrekeningen van Wlz-aanbieders gebruikt. Daarbij is niet expliciet de gemiddelde kostenstructuur van V&V producten in kaart gebracht. De NZa heeft dit immers reeds met het kostenonderzoek ter onderbouwing van de maximumtarieven gedaan. Door het richttariefpercentage hierop toe te passen volgen we de uitkomsten van dit onderzoek. Bij het bepalen van de hoogte van het richttariefpercentage is echter wel nadrukkelijk gekeken naar doelmatigheid. Uit het kostenonderzoek van KPMG volgt dat er een grote spreiding is tussen aanbieders in de kostprijzen per prestatie. De NZa heeft hier bij de vaststelling van de maximumtarieven niet voor gecorrigeerd. Zorgkantoren doen dit vanuit hun wettelijke taak om zorg doelmatig in te kopen wel.
VID-1460	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Wat wordt bedoeld met de termen resultaat (2.2.1), (operationele) winstmarge (bijlage 8) en rendement en hoe verhouden deze termen zich tot elkaar?	Met deze termen wordt drie keer hetzelfde bedoeld.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1507	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Het uitgangspunt van de minister van VWS is altijd geweest dat de kwaliteitsgelden volledig in het tarieven worden opgenomen. Het richttarief-percentage is 95,8%. Klopt de constatering dat de kwaliteitsgelden derhalve maar voor 95,8% in de tarieven van de aanbieders worden doorgevoerd en aanbieders daardoor 4,2% nadeel hebben tov 2021? Zo nee, waarom niet?	De extra middelen zijn door de NZa verwerkt in de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV waardoor ze beschikbaar blijven voor de sector. Voor meer informatie verwijzen wij u naar de beleidsregel. In het regionale beleid van zorgkantoren vindt u nadere informatie over de wijze waarop zorgkantoren afspraken maken over deze middelen. Landelijk is afgesproken dat het grootste gedeelte van het kwaliteitsbudget beschikbaar komt via de reguliere tarieven. Een beperkt deel van de extra middelen kan worden gereserveerd om gerichte afspraken over kwaliteitsverbetering en het oplossen van knelpunten voor de verpleeghuiszorg te maken. Hiermee blijft 100% van deze middelen beschikbaar voor de sector.
VID-1616	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Er wordt één en hetzelfde richttariefpercentage gehanteerd voor zowel de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, dat ver beneden de door de NZa vastgestelde Wlz-tarieven ligt. Dit terwijl enkel de NZa-tarieven, zoals het zorgkantoor weet, kostprijs georiënteerd zijn. Met dit veel lagere richttariefpercentage voor alle drie sectoren handelt het zorgkantoor volgens Zorgaanbieder niet in overeenstemming met het vonnis van de voorzieningenrechter d.d. 1 oktober 2020 en het Gerechtshof d.d. 30 maart 2021, waarin bepaald is dat het zorgkantoor qua tariefpercentages differentieert tussen de sectoren onderling, en binnen die sectoren tussen de zorgaanbieders onderling. Generieke kortingen zijn hier dus ongepast. Zouden jullie kunnen verklaren waarom hier afgeweken wordt van de uitspraak van de rechter?	Het richttariefpercentage waar we in 2022 en 2023 mee werken is gebaseerd op zorgvuldig onderzoek. De onderzoeksmethode is geadviseerd en na uitwerking door de zorgkantoren tevens gevalideerd door een onafhankelijk bureau (Gupta Strategists). Het hof heeft gesteld, in een uitspraak over het voorgenomen beleid 2021, dat bij de onderbouwing rekening gehouden dient te worden met de (i) sectorale uitvoeringswerkelijkheid en (ii) organisatie specifieke aspecten en (iii) regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen. (i) De sectorale uitvoeringswerkelijkheid wordt voldoende rekening mee gehouden gezien de methode van tariefstelling door de NZa. Het richttariefpercentage wordt namelijk toegepast op de vergoedingen o.b.v. de ZZP-systematiek. De ZZP systematiek zorgt ervoor dat er voldoende rekening wordt gehouden met verschillen in zorgwaarde, zowel binnen als tussen de verschillende sectoren. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid tot meerzorg. (ii) en (iii) De zorgkantoren beschikken niet over recente grootboekgegevens van een representatieve groep zorgaanbieders (per sector) en al helemaal niet over regio- of aanbieder-specifieke factoren. Beide constatering brengen met zich dat niet per sector gekeken kan worden wat een reëel tarief is, en regionale kostenverschillen niet kunnen worden meegenomen bij de onderbouwing van het richttarief. Daarnaast is het niet de taak van zorgkantoren, maar van de NZa, om organisatie-specifieke elementen te betrekken bij de te maken analyse, namelijk in een kostenonderzoek. Tegelijkertijd is er bewust voor een richttarief gekozen om zo de mogelijkheid te creëren om maatwerk te kunnen bieden in de regio, waarmee bijvoorbeeld regionale knelpunten opgepakt kunnen worden of regionale ontwikkelingen gestimuleerd kunnen worden.
VID-1617	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Het zorgkantoor heeft het generieke richttariefpercentage van 95,8% gebaseerd op een voor de GGZ niet representatief onderzoek van Gupta Strategists naar Wlz-zorgaanbieders, die hun omzet in 2019 voor meer dan 60% in de Wlz maakten. Kunnen jullie verklaren waarom hiervoor gekozen is, ondanks dat dit niet representatief is voor een groot deel van de GGZ-aanbieders?	Geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz en GGZ wonen aanbieders die in 2019 nog geen zorg verleenden in de Wlz zijn inderdaad niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tariefpercentage voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1618	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	Waarom is deze financieringssysteem niet samen met het veld ontwikkeld?	Afgelopen periode hebben we belanghebbende partijen geconsulteerd over het inkoopbeleid. De ontvangen input hebben wij meegewogen in de ontwikkeling van het inkoopbeleid inclusief de tariefsystematiek.
VID-1633	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	Hoe denkt het zorgkantoor invulling te geven aan de uitspraak van de rechter om rekening te houden met sectorale verschillen?	Het richttariefpercentage waar we in 2022 en 2023 mee werken is gebaseerd op zorgvuldig onderzoek. De onderzoeksmethode is geadviseerd en na uitwerking door de zorgkantoren tevens gevalideerd door een onafhankelijk bureau (Gupta Strategists). Met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid wordt voldoende rekening gehouden door de methode van tariefstelling door de NZa. Het richttariefpercentage wordt namelijk toegepast op de vergoedingen o.b.v. de ZZP-systematiek. De ZZP systematiek zorgt ervoor dat er voldoende rekening wordt gehouden met verschillen in zorgzwaarte, zowel binnen als tussen de verschillende sectoren.
VID-1634	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	Verlies op zorg welke gecompenseerd wordt door minder investeringen en uitgaven onder de NHC/NIC component ter compensatie komen niet naar voren in de gepubliceerde jaarrekeningen. Ook zijn afzonderlijke financieringsstromen niet uit de gepubliceerde jaarrekeningen te herleiden. Jaarrekening zegt dus niet over of het tarief kosten dekkend is. Is het mogelijk om de criteria en de berekening te ontvangen dat op basis van 75% van de jaarrekeningen het tarief kostendekkend is?	De criteria en methode die zorgkantoren hebben gehanteerd voor de berekening van het richttariefpercentage zijn te vinden in Bijlage 8 van de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023. Op basis van de jaarrekeningen is het voor zorgkantoren inderdaad niet mogelijk om de resultaten uit zorg en vastgoed te splitsen. Bij een richttariefpercentage van 95,8% heeft 75% van de Wlz-aanbieders uit de steekproef een neutrale of positieve winstmarge. Dit is de meerderheid en dit is iets lager dan het aandeel bij de huidige tariefniveaus in 2019. Iets lager is wenselijk om doelmatigheid te stimuleren en door doelmatiger te werken kan er ruimte voor maatwerk worden gecreëerd in de regio. De weergegeven operationele winstmarge is het resultaat van de toepassing van het richttariefpercentage op het bedrijfsresultaat van zorgaanbieders zoals opgenomen in de jaarrekening over alle sectoren en domeinen in 2019. Wij benadrukken nogmaals dat het richttariefpercentage geen minimum-, maximum-, gemiddeld of basistarief is. Er kan worden afgeweken van het richttariefpercentage. Zie hierover meer in het regionale inkoopbeleid van zorgkantoren. Tenslotte bestaat er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1635	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwning van het richttarief- percentage	Vanuit haar landelijke dekking en haar gespecialiseerde kennis op het gebied van visuele problematiek in relatie tot andere problematiek (m.n. verstandelijke) heeft de zorgaanbieder een bovenregionale (landelijke) functie, ook in gebieden van zorgkantoren waar wij geen overeenkomst mee hebben, m.b.t. tot het delen van kennis over de omgang met de visuele beperking en het ondersteunen van zorgprofessionals binnen deze andere instellingen, zodat kwaliteit van leven van visueel verstandelijke klanten geborgd blijft, maar ook zwaardere vormen van financiering (o.a. meerzorg) vermeden kunnen worden. Is het zorgkantoor bereid om deze preventieve werking en ondersteuning richting andere instellingen te honoreren in het af te spreken tarief en hiermee rekening te houden met de uitspraak van de rechter om sectorspecifieke zaken mee te nemen in de tarieven?	Voor vragen over exacte invulling van uw inkoopafspraken verwijzen wij u naar uw regionale zorgkantoor.
VID-1775	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwning van het richttarief- percentage	Er wordt gesproken over een onderbouwd richttarief percentage van 95,8%. Vervolgens wordt gesteld dat "We verwachten dat het merendeel van de zorgaanbieders de zorg hiervoor kan verlenen, eventueel door een doelmatigheidsslag te maken". Waarop is deze veronderstelling gebaseerd?	Deze veronderstelling is gebaseerd op het feit dat in 2019 75% van de zorgaanbieders voor dit tariefpercentage de zorg heeft kunnen verlenen met een neutraal of positief resultaat.
VID-1813	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwning van het richttarief- percentage	Indien de zorgaanbieder gebruikmaakt van de hardheidsclausule is het van belang dat de zorgaanbieder kan aantonen dat zij op een doelmatige manier zorg levert en haar financiële positie ertoe leidt dat het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is. Wij vragen ons af wat de financiële positie te maken heeft met een dekkend tarief? De financiële positie is namelijk een belangrijke voorwaarde voor de continuïteit van de zorgorganisatie en kan niet jaarlijks gebruikt worden om een niet dekkend tarief op te vangen. Vraag is daarom om de financiële positie weg te laten uit de hardheidsclausule, zodat de discussie enkel gaat over de vraag of het tarief kostendekkend is, ja of nee?	U heeft gelijk dat een goede financiële positie niet maakt dat het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is. Bij de beoordeling kijken we wel naar de financiële reserves. Hierbij bekijken we of er voldoende financiële middelen zijn om het tekort (deels) op te vangen.  We passen de tekst in het beleid op dit punt als volgt aan.  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 mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Dit nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1819	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	"Hardheidsclausule". Hiermee legt het zorgkantoor de bewijslast bij de aanbieder. Echter, de motiveringsplicht voor het hanteren van een lager tarief dan het 100% tarief in relatie met welke zorg een aanbieder moet leveren ligt bij het zorgkantoor. Wat ontslaat het zorgkantoor van de motiveringsplicht?	De zorgkantoren erkennen dat ze de tariefpercentages moeten onderbouwen. U vindt daarom ook een onderbouwing van het richttariefpercentage in het inkoopkader inclusief de aanvullende documentatie. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u daarnaast meer over de afspraken die zorgkantoren maken over de tariefpercentages met zorgaanbieders. Als u van mening bent dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule. In lijn met de uitspraak van het hof is het aan de zorgaanbieder om te onderbouwen waarom een (door de zorgkantoren onderbouwd) tarief disproportioneel laag is.
VID-1838	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	Op pagina 7 schrijft u over de hardheidsclausule: "Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Hierbij is het van belang dat u kunt aantonen dat u op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en uw financiële positie er toe leidt dat het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is." Wij begrijpen niet wat u bedoelt met "uw financiële positie er toe leidt dat het tariefpercentage niet kostendekkend is". Of wij de zorg kostendekkend kunnen leveren heeft te maken met onze exploitatie. Onze inkomsten en uitgaven en wordt niet bepaald door onze financiële positie. De financiële positie, waaronder bijvoorbeeld de RAK, is nodig voor de (zorg)continuïteit van onze organisatie naar de toekomst. Wij verzoeken u deze zin aan te passen door de financiële positie eruit te halen, zodat er geen misverstanden kunnen ontstaan. Gaat u dat doen? Zo nee, kunt u dan toelichten hoe u de financiële positie in relatie ziet tot het niet kostendekkende tariefpercentage?	U heeft gelijk dat een goede financiële positie niet maakt dat het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is. Bij de beoordeling kijken we wel naar de financiële reserves. Hierbij bekijken we of er voldoende financiële middelen zijn om het tekort (deels) op te vangen.  We passen de tekst in het beleid op dit punt als volgt aan.  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 mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Dit nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule.
VID-1847	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	Is er meer toelichting op het percentage van 75% van de aanbieders die een positief resultaat maakt? Een negatief resultaat voor een kwart van de sector klinkt niet positief, zeker niet voor de lange termijn (en de genoemde noodzaak van de financiële zekerheid voor de lange termijn).	Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1986	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Gesteld wordt dat het tariefpercentage ruimte biedt om de genoemde uitdagingen en knelpunten in de langdurige zorg aan te pakken. Volgens ons biedt het percentage deze ruimte niet. Wij ontvangen graag de motivering waarop u deze stellingname gebaseerd heeft.	Bij een richttariefpercentage van 95,8% heeft 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve winstmarge. Dit is de meerderheid en dit is iets lager dan het aandeel bij de tariefniveaus in 2019. Iets lager is wenselijk om ruimte voor maatwerk te creëren en doelmatigheid te stimuleren. Met de gecreëerde ruimte is het mogelijk om in te spelen op de genoemde uitdagingen en knelpunten in de langdurige zorg.
VID-2321	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	In de onderbouwing van het richttariefpercentage wordt uitgegaan van tenminste een neutraal resultaat. Gezien alle ontwikkelingen moet je een positief resultaat kunnen behalen, zodat je kan investeren in deze ontwikkelingen. Is daar rekening mee gehouden bij de bepaling van het percentage?	Met de kostenontwikkelingen richting, en na, 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussentijdse jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.
VID-2322	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Bij de bepaling van het percentage is uitgegaan van de jaarverslagen 2019. Al jaren is er onduidelijkheid over de financiering, waardoor het als zorgaanbieder moeilijk is om te investeren in bepaalde ontwikkelingen. In 2019 speelde dat ook. Alle investeringen om de zorg uiteindelijk te kunnen blijven bieden zullen aankomende jaren moeten worden gedaan. Een percentage bepalen op 2019 is dus niet een goede referentie. Is hier rekening mee gehouden bij de bepaling van het percentage?	Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussentijdse jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2327	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	Het NHC/NIC component is vastgesteld op 100%, wat de zorgaanbieder ontvangt. Wat is de grondslag voor deze 100%?	De NZa publiceert jaarlijks de opbouw van de tarieven in de beleidsregels. Hierin wordt ook het tarief van de NHC/NIC component weergegeven. In 2022 ontvangen zorgaanbieders 100% van de NHC/NIC. Ook in 2023 voeren we geen landelijke generieke korting door op de NHC/NIC-component.
VID-2376	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	Kunt u uitleggen waarom het belangrijker is dat het gekozen tariefpercentage voldoet aan het uitgangspunt dat het volstaat om iedereen die langdurige zorg nodig heeft van zorg te voorzien binnen de financiële kaders van VWS dan dat voldaan wordt aan art 1.10 Aanbestedingswet (dat tot doel heeft om een reëel tarief te realiseren cf de daarbij bestaande jurisprudentie).	Wij zijn het niet eens met uw stelling. Zorgkantoren gaan bij deze inkoopprocedure uit van de aanbestedingsrechtelijke beginselen, althans de precontractuele redelijkheid en billijkheid. Dit vullen wij in door de (procedure)regels die in de inkoopdocumenten, als ook in de Nota van Inlichtingen, zijn opgenomen. De beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit brengen met zich dat de zorgkantoren op een transparante, niet-discriminatoire en proportionele wijze handelen in het kader van hun inkoopprocedures. Zorgkantoren hechten er aan te benadrukken dat zij zich niet als aanbestedende dienst kwalificeren in de zin van de Aanbestedingswet 2012 of de Europese aanbestedingsrichtlijnen. Dit inkoopbeleid is dan ook geen aanbestedingsprocedure zoals bedoeld in de betreffende aanbestedingsregelgeving.
VID-2430	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief- percentage	Minister van Ark stelt dat een deel van de kosten van de Wzd betaald moeten worden vanuit de kwaliteitsgelden. Hoe wordt dit vertaald in het tariefspercentage dat over de kwaliteitstoeslag berekend wordt?	Zorgkantoren zien dat met de kwaliteitstoeslag activiteiten gefinancierd worden die bijdragen aan de doelstelling van de Wzd. Vanaf 2022 landt het grootste gedeelte van het kwaliteitsbudget in de tarieven voor de prestaties VPT en/of ZZP 4-10 VV. De NZa bepaalt in de beleidsregels de prestaties en de maximumtarieven. Wij volgen de beleidsregels. Op dit moment zien wij geen reden om de tariefpercentages aan te passen.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2439	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Hoe komen bijvoorbeeld noodzakelijke vastgoedinvesteringen (zowel in nieuw als in bestaand) en toenemende kosten voor personeel terug in de tariefontwikkeling (o.a. vanwege CAO, krapte op de arbeidsmarkt en specifieke lokale schaarste) waar de reguliere NZa-indexering geen rekening mee houdt?	Met betrekking tot u vraag over vastgoedinvesteringen willen wij benadrukken dat wij voor 2022 een tarief van 100% hanteren voor de NHC/NIC. Met betrekking tot de overige kostenontwikkelingen: In lijn met de uitspraak van de rechter hebben de zorgkantoren het richttarief onderbouwd. Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152. Kortom, als u vindt dat hier onvoldoende rekening mee wordt gehouden in de tarieven dan adviseren wij u hierover contact op te nemen met de NZa.
VID-2447	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	Wat is uw verwachting van de ontwikkeling van het richttariefpercentage na 2023? Gaat u in de toekomst dit ook baseren op jaarverslagen van 75% van de aanbieders?	Wij doen op dit moment nog geen uitspraken over de invulling van het inkoopkader na 2023.



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2448	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.1 De onderbouwing van het richttarief-percentage	De bepaling van het richttariefpercentage wordt uitgelegd in sheets. Dit maakt het maakte voor de begrijpbaarheid niet duidelijker. Het percentage van 95,8% is gebaseerd op resultaten uit het verleden (van 2019) vervolgens wordt voor de toekomst op basis daarvan veronderstelt dat het richttariefpercentage kostendekkend is. Kunt u de berekening en meegenomen componenten geven die onderbouwen dat het richttariefpercentage van 95,8% kostendekkend is de komende jaren. Hierbij o.a rekeninghoudend met de problematiek van de (krappe)arbeidsmarkt en het capaciteitsvraagstuk voor de komende jaren?	<p>Zorgkantoren hebben voor de analyses gebruik gemaakt van jaarrekeningen data die is ingekocht bij Intrakoop. Deze data kunnen wij niet openbaar delen.</p> <p>De jaarrekeningen 2019 zijn de meest recente beschikbare financiële gegevens waar de zorgkantoren zich op kunnen baseren. Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt.</p>
VID-0016	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	In paragraaf 2.2.2 is de hardheidsclausule beschreven. U schrijft dat een zorgaanbieder moet aantonen dat de organisatie op een doelmatige manier zorg levert en de financiële positie er toe leidt dat het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is. Dit begrijpen wij niet. Wat bedoelt u met "aantonen dat de financiële positie er toe leidt dat het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is"? Wat heeft de financiële positie in deze te maken met het al dan niet kostendekkend leveren van zorg?	<p>U heeft gelijk dat een goede financiële positie niet maakt dat het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is. Bij de beoordeling kijken we wel naar de financiële reserves. Hierbij bekijken we of er voldoende financiële middelen zijn om het tekort (deels) op te vangen.</p> <p>We passen de tekst in het beleid op dit punt als volgt aan.</p> <p>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 mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Dit nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule.</p>

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0017	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	In paragraaf 2.2.2 is de hardheidsclausule beschreven. U vraagt nogal wat van een zorgaanbieder om aan te tonen dat de organisatie op een doelmatige manier zorg levert en de financiële positie er toe leidt dat het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is. U beschrijft niet wat de uitkomst van de hardheidsclausule is. Kan de uitkomst van de ingewikkelde, tijdrovende en administratief zeer belastende procedure zijn dat op basis van de hardheidsclausule een aangepast tarief van 95,9% wordt toegekend, waardoor de kosten van de procedure wellicht hoger zijn de correctie op basis van de hardheidsclausule? Graag met (reken)voorbeelden toelichten welke uitkomsten de hardheidsclausule kan hebben.	<p>Ja, het kan dat na een beoordeling geen of een beperkt hoger tariefpercentage afgesproken wordt. We snappen dat dit een extra inspanning van u vraagt. We maken constant de afweging tussen administratieve lasten en het belang van een optimale inzet van de beschikbare middelen. Het is aan de zorgaanbieder om te bepalen of hij een beroep wil doen op de hardheidsclausule. In ons beleid is ook toegelicht dat het gaat om uitzonderlijke gevallen. 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. Zorgaanbieders moeten dan ook gegevens aanleveren en aantonen dat het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is.</p> <p>Onderstaand een fictief voorbeeld, waar geen rechten aan ontleend kunnen worden: De zorgaanbieder heeft een tekort op de begroting van €1 mln. Hiervan is €800.000,- te relateren aan Wlz activiteiten. In 2022 zijn incidentele kosten opgenomen van €300.000,-, hiervoor schonen we. Het verlies van €500.000,- komt niet door vastgoed. De zorgaanbieder heeft financiële reserves, hieruit kan €100.000,- gefinancierd worden. Daarnaast zijn er mogelijkheden om het zorgpersoneel doelmatiger in te zetten (operationele verbeteringen mogelijk voor €50.000,-). De zorgaanbieder komt in dit voorbeeld in aanmerking voor een vergoeding op basis van de hardheidsclausule van €350.000,-. We vertalen dit naar een passend tariefpercentage waarbij uiteraard nooit meer vergoed kan worden dan de maximumtarieven NZa.</p>
VID-0019	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	In paragraaf 2.2.2 is de hardheidsclausule beschreven. U schrijft: "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. "Daarna geeft u aan: "Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht mee." Ons inziens is dit niet gerechtvaardigd, omdat de zorgplicht niet is gewijzigd en in zichzelf geen onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg vanwege de gehanteerde tariefsystematiek. Met het oog op de zorgvuldigheid verzoeken wij u de zorgplicht bij de hardheidsclausule buiten beschouwing te laten. Neemt u het verzoek over?	Nee, we passen dit niet aan. We nemen bij de afweging mee of we als zorgkantoor aan onze zorgplicht kunnen blijven voldoen. Dit kan betekenen dat als er voldoende alternatieven aanwezig zijn er geen aanspraak gemaakt kan worden op de hardheidsclausule. Optimale inzet van de beschikbare middelen is hierbij een afweging. We realiseren ons dat dergelijke beslissingen grote impact op de klant kunnen hebben. Zorgkantoren maken hierbij uiteraard een zorgvuldige afweging waarbij ook het klantbelang een belangrijke rol speelt.
VID-0099	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	Hoe kun je als zorgaanbieder aantonen dat er bij jou als organisatie afgeweken moet/kan worden van het richttariefpercentage c.q. op welke gronden wordt dit beoordeeld?	In het regionale inkoopbeleid van de zorgkantoren leest u welke afspraken het zorgkantoor met u over de tariefpercentages maakt en of (en hoe) er afgeweken kan worden van het richttariefpercentage.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0126	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief- percentage	Een zorgaanbieder kan een beroep doen op een hardheidsclausule. Hoe kan een GGZ Wonen aanbieder aanspraak maken op de hardheidsclausule en aan de criteria voldoen, gezien de startdatum Wlz-zorg van 1 januari 2021? Hierbij moet de zorgaanbieder op basis van door hen aan te leveren stukken aantonen dat hij op een doelmatige manier de zorg verleent en desondanks het richttariefpercentage niet kostendekkend is. Op basis van welke criteria bepaalt het zorgkantoor dat een zorgaanbieder doelmatige zorg verleent?	Voor een deel van de GGZ-zorgaanbieders geldt inderdaad dat ze relatief nieuw zijn in de Wlz. We verwachten dat deze zorgaanbieders de informatie aanleveren die beschikbaar is. In dit geval betekent dit voor de Wlz informatie over de begroting 2021 en 2022. Ook deze zorgaanbieders kunnen een beroep doen op de hardheidsclausule. Het om deze reden niet volledig kunnen aanleveren van de gegevens is geen reden voor uitsluiting.  Om te beoordelen of er operationele verbeteringen mogelijk zijn (doelmatigheid verbeteren) kijken we bijvoorbeeld naar de inzet van personeel.  Voor de aanvraag dient u gebruik te maken van een standaard aanvraagformulier. U kunt deze opvragen bij uw zorginkoper.
VID-0127	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief- percentage	Het richttariefpercentage 2022-2023 is voor veel aanbieders lager dan het percentage van 2021. Dit leidt tot een extra korting. Kunnen zorgaanbieders die worden geconfronteerd met deze extra korting en nadelige gevolgen hiervan ondervinden, gebruik maken van de hardheidsclausule? En klopt het dat hierbij de bewijslast bij de zorgaanbieder ligt?	Een lager tariefpercentage en de nadelige gevolgen alleen zijn geen reden om in aanmerking te komen voor de hardheidsclausule. Individuele zorgaanbieders kunnen in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule als de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft. De zorgaanbieder moet inderdaad informatie aanleveren voor de beoordeling van het beroep op de hardheidsclausule. Daarnaast verwijzen we naar de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren.
VID-0174	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief- percentage	Er is een mogelijkheid tot aanspraak op de hardheidsclausule die geldig is voor het betreffende inkoopjaar. Kunt u aangeven of er ook voor 2023 een mogelijkheid komt om in aanmerking te komen voor de hardheidsclausule?	Ja, het inkoopkader heeft betrekking op 2022 en 2023. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Op moment dat afspraken gemaakt gaan worden voor 2023 krijgen zorgaanbieders de mogelijkheid om (opnieuw) een beroep te doen op de hardheidsclausule.
VID-0181	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief- percentage	De hardheidsclausule kan niet anders zijn dan een optie om in individuele gevallen meer maatwerk mogelijk te maken, maar kan nooit het alternatief zijn voor de motiveringsplicht voor een reëel structureel kostendekkend tarief. Graag ontvangen wij de bevestiging van het zorgkantoor dat het zorgkantoor te allen tijde met de Zorgaanbieder in gesprek treedt om te komen tot maatwerkafspraken, mede gelet op de rol en functie van de Zorgaanbieder als geïntegreerde zorgaanbieder in de regio die het zorgkantoor in het Inkoopbeleid ook erkent en van belang acht.	De zorgkantoren erkennen dat ze de tariefpercentages moeten onderbouwen. U vindt daarom ook een onderbouwing van het richttariefpercentage in het inkoopkader inclusief de aanvullende documentatie. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u daarnaast meer over de afspraken die zorgkantoren maken over de tariefpercentages met zorgaanbieders. Als de aanbieders van mening zijn dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. In lijn met de uitspraak van het hof is het aan de zorgaanbieder om te onderbouwen waarom een (door de zorgkantoren onderbouwd) tarief disproportioneel laag is.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0234	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief- percentage	Kunt u aangeven welke termijn gehanteerd wordt voor het aanleveren van voornoemde bewijslast?	De tijdslijnen staan beschreven in het regionale beleid van de zorgkantoren.
VID-0237	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief- percentage	Kunt u bevestigen dat het invoeren van de hardheidsclausule geen enkel beletsel vormt voor de mogelijkheden om bezwaar te maken of het geschil aan de rechter voor te leggen? Zo nee, waarom niet?	Gebruik maken van de hardheidsclausule vormt geen beletsel voor het indienen van bezwaren of het aanhangig maken van een kort geding. De tijdslijnen voor het indienen van bezwaren en aanhangig maken van een kort geding kunt u vinden in het regionale inkoopbeleid.
VID-0384	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief- percentage	In de motivering voor zorgaanbieders lijkt er hier sprake van vermenging voor geïntegreerde instellingen van Wlz-zorg en andere financieringsstromen. Een positief resultaat behaald op een andere financieringsstroom is medebepalend voor het financiële resultaat. Hierbij zou het uitgangspunt moeten zijn om de Wlz als zelfstandig onderdeel kostendekkend te kunnen leveren. Kunt u aangeven hoe deze informatie bijdraagt aan een bruikbaar beeld hierover, hoe deze informatie noodzakelijk en proportioneel is en daarnaast bijdraagt aan de motiveringsplicht voor zorgkantoren in plaats van zorgaanbieders?	De zorgkantoren erkennen dat ze de tariefpercentages moeten onderbouwen. U vindt daarom ook een onderbouwing van het richttariefpercentage in het inkoopkader inclusief aanvullende documentatie. Als de aanbieders van mening zijn dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. In lijn met de uitspraak van het hof ligt de bewijslast om te onderbouwen waarom een (door de zorgkantoren onderbouwd) tarief disproportioneel laag is bij u als zorgaanbieder.  Voor de beoordeling van de hardheidsclausule kijken zorgkantoren naar het tekort op de bedrijfsvoering van de Wlz als gevolg van het geldende tariefpercentages in de Wlz. Hierbij wordt geschoond voor incidentele lasten en wordt gecorrigeerd voor verlies ontstaan door vastgoed. Vervolgens wordt beoordeeld of de zorgaanbieder financiële reserves heeft op basis waarvan het tekort op de begroting (deels) opgevangen kan worden. Daarnaast wordt beoordeeld of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Als er mogelijkheden zijn voor verbetering van de doelmatigheid houden we hier rekening mee bij de toekenning (en eventueel de hoogte) van de hardheidsclausule.
VID-0490	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief- percentage	Hoe kan een aanbieder aantonen dat hij doelmatige zorg levert waarbij het richttariefpercentage niet kostendekkend is; welke informatie moet een aanbieder daarvoor aanleveren bij het zorgkantoor?	Voor de aanpassingsmogelijkheden ten aanzien van het richttariefpercentage verwijzen we u naar de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren. Ten aanzien van een beroep op de hardheidsclausule: om te beoordelen of er operationele verbeteringen mogelijk zijn (doelmatigheid verbeteren) kijken we bijvoorbeeld naar de inzet van personeel.  Voor de aanvraag dient u gebruik te maken van een standaard aanvraagformulier. U kunt deze opvragen bij uw zorginkoper.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0783	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	Hardheidsclausule: Indien de gehanteerde tariefsystematiek een voor een zorginstelling onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, deze zorginstelling in uitzonderlijke gevallen een beroep kunnen doen op de hardheidsclausule. Op basis van prognoses en jaarrekeningen is niet te bepalen of het geldend tariefpercentage kostendekkend is. Het biedt tevens geen inzicht in het (genormaliseerd) resultaat voor de Wlz en geeft geen onderscheid in resultaat zorg en vastgoed. Onderschrijft ZN dit? Zo nee, kunt dit toelichten?	Ja, de zorgkantoren onderschrijven dit. Dit is reden waarom we specifiek vragen naar informatie over de Wlz-exploitatie.
VID-0796	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	zorgkantoren hebben op basis van regionale speerpunten aangegeven welke kernelementen worden toegepast, waarvoor een opslag op het tarief kan worden verkregen. - Indien de investeringskosten van de door ons opgestelde plannen voor de kernelementen hoger uitkomen dan de opslag op het richttarief, is het zorgkantoor dan bereid om de hogere kosten te dekken bijvoorbeeld door het toekennen van een hogere toeslag? Zo nee, waarom niet? - Indien wij na inschrijving vernemen dat de opslag niet aan ons wordt toegekend, mogen wij onze inschrijving dan intrekken c.q. de overeenkomst beëindigen zonder schadeloos te worden? Zo nee, waarom niet? - Indien wij na inschrijving vernemen dat de opslag niet aan ons wordt toegekend, mogen wij er dan voor kiezen de door ons opgestelde plannen niet uit te voeren? Zo nee, waarom niet?	Wij verwijzen u naar de beëindigingsgronden uit artikel 19 van de Wlz-overeenkomst. Voor overige antwoorden op uw vragen verwijzen we naar het regionale inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
VID-0821	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	Kan de zorgplicht op zichzelf reden zijn om de hardheidsclausule niet toe te passen, terwijl op basis van alle gevraagde stukken door de organisatie wordt aangetoond dat er op een doelmatige manier zorg wordt geleverd en het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is?	We nemen bij de afweging mee of we als zorgkantoor aan onze zorgplicht kunnen blijven voldoen. Dit kan betekenen dat als er voldoende alternatieven aanwezig zijn er geen aanspraak gemaakt kan worden op de hardheidsclausule. Optimale inzet van de beschikbare middelen is hierbij een afweging. We realiseren ons dat dergelijke beslissingen grote impact op de klant kunnen hebben. Zorgkantoren maken hierbij uiteraard een zorgvuldige afweging waarbij ook het klantbelang een belangrijke rol speelt.
VID-0841	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	Behoudt de zorgaanbieder ook recht om zich te beroepen op de hardheidsclausule en tevens het recht om de inschrijving in te trekken.	Wij begrijpen uw vraag niet helemaal.  In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u meer over de afspraken die zorgkantoren maken over de tariefpercentages met zorgaanbieders.  Als u van mening bent dat 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.  Het staat u altijd vrij om uw inschrijving in te trekken.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0868	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	In paragraaf 2.2.2 is de hardheidsclausule beschreven. U vraagt nogal wat van een zorgaanbieder om aan te tonen dat de organisatie op een doelmatige manier zorg levert en de financiële positie er toe leidt dat het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is. Wat er aangetoond moet worden is weinig concreet. Kunt u exacte kaders geven ten aanzien van: "€ hoe wordt beoordeeld of op een doelmatige manier zorg wordt geleverd;" € hoe wordt beoordeeld of de financiële positie er toe leidt dat het geldende tariefpercentage niet kostendekkend is.	De zorgkantoren kijken hierbij naar het tekort op de bedrijfsvoering van de Wlz als gevolg van het geldende tariefpercentages in de Wlz. Hierbij wordt geschoond voor incidentele lasten en wordt gecorrigeerd voor verlies ontstaan door vastgoed. Vervolgens wordt beoordeeld of de zorgaanbieder financiële reserves heeft op basis waarvan het te kort op de begroting (deels) opgevangen kan worden. Daarnaast wordt beoordeeld of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Om te beoordelen of er operationele verbeteringen mogelijk zijn (doelmatigheid verbeteren) kijken we bijvoorbeeld naar loonkosten/FTE, de materiële kosten/cliënt/jaar en de overige kosten/cliënt/jaar. Als er mogelijkheden zijn voor verbetering van de doelmatigheid houden we hier rekening mee bij de toekenning (en de eventuele hoogte) van de hardheidsclausule.
VID-0873	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	In paragraaf 2.2.2 is de hardheidsclausule beschreven. U geeft aan welke bewijzen aangeleverd dienen te worden om aan te tonen dat het tariefpercentage ontoereikend is. Het richttariefpercentage is gebaseerd op het bedrijfsresultaat en niet enkel op de Wlz-exploitatie. Daarnaast speelt corona een rol in de financiële situatie van zowel 2020 als 2021. Aangezien 25% van de zorgaanbieders verlies zal hebben met het voorgestelde tarief, welke gebaseerd is op gegevens van voor corona, is onze vraag hoe zorgaanbieders voor 2022 en 2023 hierin gecompenseerd kunnen worden als vanuit de hardheidsclausule blijkt dat het voorgestelde tarief ontoereikend is.	Voor de vergoeding van extra kosten n.a.v. Corona, gelden specifieke beleidsregels. Er volgt om deze reden geen extra vergoeding voor coronagerelateerde kosten op basis van de hardheidsclausule.
VID-0874	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	Met richttariefpercentage van 95,8% heeft 75% van de zorgaanbieders een neutraal dan wel positief resultaat. Kunnen wij daaruit concluderen dat door toedoen van het zorgkantoor 25% van de aanbieders een negatief resultaat zal hebben? Zo ja, hoe blijft het zorgkantoor waarborgen dat haar klanten de benodigde zorg kunnen blijven ontvangen indien een deel van deze aanbieders de zorgverlening financieel niet meer kan continueren?	Zorgkantoren verwachten dat de aanbieders die potentieel verlies draaien met het richttariefpercentage in veel gevallen in staat zijn door aanpassingen in de organisatie doelmatigheidswinst te boeken en zo het resultaat te verbeteren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijke inkoopkader 2022.
VID-1090	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	Afhankelijk van het beleid in de regio kan het zorgkantoor een aangepast percentage afspreken. Wat is de maximale bovengrens van het percentage? Is dit 100%?	Dat klopt. Zorgkantoren mogen nooit meer vergoeden dan 100% van het NZa maximum tarief.
VID-1188	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	Indien er opslag(en) mogelijk zijn op het landelijke richttariefpercentage van 95,8%, welke opslagen zijn dit en met welk percentage wordt dit verhoogd?	Informatie hierover vindt in het regionale inkoopbeleid van de zorgkantoren.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1603	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	U geeft aan dat aanbieders in uitzonderlijke situaties een beroep kunnen doen op de hardheidsclausule. Om hiervoor in aanmerking te komen moet de aanbieder bewijsmaterialen aanleveren en is het onduidelijk hoe het zorgkantoor deze normeert, beoordeelt en de beslissingen neemt. Kunt u, voor een objectief en transparant beeld en besef aangeven op basis van welke concrete punten/ ijkpunten het beroep op de hardheidsclausule wordt gehonoreerd? Kunt u concreter gezegd, een lijst met criteria en afkappunten toevoegen?	De zorgkantoren kijken naar het tekort op de bedrijfsvoering van de Wlz als gevolg van het geldende tariefpercentages in de Wlz. Hierbij wordt geschoond voor incidentele lasten en wordt gecorrigeerd voor verlies ontstaan door vastgoed. Vervolgens wordt beoordeeld of de zorgaanbieder financiële reserves heeft, op basis waarvan het te kort op de begroting (deels) opgevangen kan worden. Daarnaast wordt beoordeeld of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Als er mogelijkheden zijn voor verbetering van de doelmatigheid houden we hier rekening mee bij (of en eventuele hoogte van) de toekenning van de hardheidsclausule.
VID-1830	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	Geldt een aangepast richttariefpercentage voor alle Wlz producten van een zorgkantoor of kan er per product(groep) een aangepast percentage worden afgesproken?	Wij verwijzen u hiervoor naar uw regionale zorgkantoor.
VID-1831	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	In de paragraaf is aangegeven dat een zorgaanbieder die naar verwachting op een meer doelmatige wijze goede zorg kan leveren dan het richttarief rechtvaardigt in aanmerking kan komen voor een aangepast percentage. Op welke manier wordt de levering van een doelmatige wijze van goede zorg in kaart gebracht?	Om te beoordelen of er operationele verbeteringen mogelijk zijn (doelmatigheid verbeteren) kijken we bijvoorbeeld naar de inzet van personeel.
VID-1980	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	Onze extramurale organisatie levert zorg obv meerdere financieringsstromen. Omzetten worden per financieringsstroom gerealiseerd, kosten worden niet gesplitst. Dit houdt in dat we niet over een aparte Wlz- jaarrekening beschikken. Als we de hardheidsclausule willen gebruiken, welke stukken moeten we dan overleggen?	Bij de aanvraag voor de hardheidsclausule vragen wij u specifiek inzicht te geven in de opbrengsten en kosten specifiek voor de Wlz. Voor de aanvraag dient u gebruik te maken van een standaard aanvraagformulier. U kunt deze opvragen bij uw zorginkoper.
VID-2289	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.2.2 Afwijken van het richttarief-percentage	Indien wij na inschrijving vernemen dat de opslag niet aan ons wordt toegekend, mogen wij er dan voor kiezen de door ons opgestelde plannen niet uit te voeren? Zo nee, waarom niet?	Informatie hierover vindt u in het regionale inkoopbeleid van de zorgkantoren.
VID-0100	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	U geeft aan dat de kernelementen leiden tot o.a. meer mogelijkheden voor zorgaanbieders en ondersteuning. Hoe ziet het zorgkantoor dit specifiek in relatie tot de budgetdaling?	Met de kernelementen willen zorgkantoren een bijdrage leveren aan de uitdagingen in de langdurige zorg. Als u een lager budget ontvangt dan afgelopen jaren, dan verwachten we dat u kijkt naar de mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, zodat de kwaliteit en de continuïteit van de zorg geborgd blijft.
VID-0101	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	U kort de zorgaanbieders op het tarief, maar verwacht tegelijkertijd dat zorgaanbieders innoveren, een duurzame organisatie leiden, via het LSP informatie delen en strategische vastgoedplannen hebben onder zeer uitdagende omstandigheden, zoals een complexe arbeidsmarkt voor de zorg; zeker ook voor functies op portefeuilles als vastgoed en ICT. Hoe ziet u dit concreet voor u?	Met dit landelijk inkoopkader willen zorgkantoren een bijdrage leveren aan de uitdagingen in de langdurige zorg. Een lager tarief is nodig om binnen de (door de NZa vastgestelde en daardoor begrensde) contracteerruimte zoveel mogelijk klanten die een beroep doen op Wlz-zorg te kunnen helpen. Als u een lager tariefpercentage ontvangt dan afgelopen jaren, verwachten we dat u kijkt naar de mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, zodat de kwaliteit en de continuïteit van de zorg geborgd blijft.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0102	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Kernelement bedrijfsvoering gaat over optimaliseren maar ten opzichte van wat / welke norm? Hoe denkt het zorgkantoor hier afspraken over te maken?	Zorgkantoren hanteren hiervoor geen norm. Zorgkantoren gaan hierover de dialoog aan met zorgaanbieders. Zij kunnen meedenken en ervaringen van andere aanbieders uitwisselen zoals goede ideeën of knelpunten en daardoor aanbieders met elkaar in contact brengen. We verwijzen naar het regionale beleid voor meer toelichting over hoe zorgkantoren het optimaliseren van de bedrijfsvoering vormgeven.
VID-0103	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Kernelement duurzaamheid: Hoe staat verduurzamen t.o.v. wellicht korten op NIC/NHC? Verduurzamen kost geld en heeft tijd nodig; hoe ziet het zorgkantoor dit binnen de huidige systematiek?	Zorgkantoren zien de noodzaak tot verduurzaming van de zorgsector. Met ingang van 2019 wordt de NHC jaarlijks verhoogd om zorgaanbieders te compenseren voor de gevolgen van wijzigingen van regelgeving op het gebied van duurzaamheid voor de investeringen in vastgoed. In 2022 ontvangen zorgaanbieders 100% van de NHC/NIC. Ook in 2023 voeren we geen landelijke generieke korting door op de NHC/NIC-component.
VID-0157	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Kernelement Duurzaamheid: Het volgende staat in het inkoopkader: We gaan een zogenoemde duurzaamheidsdialoog aan. Hierbij kijken we onder meer naar de visie en de strategische verankering van het beleid van zorgaanbieders en mogelijke certificering. Bij het vastgoed ligt de focus tevens op de eisen aan duurzame bouw en een gezonde leefomgeving. Zorgkantoren zorgen ervoor dat ze weten hoe ze prestaties op het gebied van duurzaam vastgoed inzichtelijk kunnen maken. Die kennis stelt ons in staat om te bepalen hoe we het stimuleren van duurzaamheid binnen de zorg verder kunnen vormgeven. Vraag: wat is het normenkader voor deze duurzaamheidsdialoog, en als deze er niet is wanneer kunnen we die verwachten?	Zorgkantoren hanteren momenteel geen normenkader voor deze dialoog. Zij willen bespreken wat de ervaringen zijn, denken mee en brengen waar nodig aanbieders met elkaar in contact om te leren van elkaars goede ideeën en/of problemen op het gebied van duurzaamheid.
VID-0166	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Bij de kernelementen wordt er gesproken over minder lange wachttijden. Vraag: Wat is het normenkader van de wachttijden?	Zorgkantoren hanteren hiervoor de Treeknormen. Daarnaast monitoren zorgkantoren (nieuwe) wachtstatussen (per 1 januari 2021). Wanneer iemand met een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) nog niet direct terecht kan bij de aanbieder van zijn of haar voorkeur, dan volgt plaatsing op een wachtlijst. Per 1 januari 2021 wordt binnen de Wlz gewerkt met een nieuwe indeling in wachtstatussen. Zie voor meer informatie: <a href="https://www.zn.nl/zorgkantoren/wachtlijsten-langdurige-zorg">https://www.zn.nl/zorgkantoren/wachtlijsten-langdurige-zorg</a>
VID-0307	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Onder uitgangspunten worden een aantal doelen beschreven. Eén van deze doelen is "het bestaande aanbod herinrichten". Kunt u een nadere toelichting op deze doelstelling geven, hoe zorgaanbieders hierin mee worden genomen en hoe eventueel nadelige effecten van dergelijke aanpassingen voor de zorgaanbieder worden gecompenseerd?	Hiermee bedoelen zorgkantoren dat, afhankelijk van de regionale context in relatie tot de zorgvraag, het nodig kan zijn verouderde huisvesting te vervangen door nieuwe huisvesting of verouderde woonconcepten te vervangen door nieuwe woonconcepten. Dit gebeurt altijd in overleg met de zorgaanbieders in de regio, waarbij zowel de positieve als negatieve effecten besproken zullen worden.



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0308	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	U geeft aan een zogenoemde duurzaamheidsdialoog aan te willen gaan. Duurzaamheid vergt in relatie tot vastgoed investeringen die langdurig financiële effecten met zich meebrengt. Voor zorgaanbieders is het dan ook van belang dat zij erop kunnen rekenen dat deze effecten gedurende langere tijd worden gefinancierd. In dat kader zijn wij van mening dat het belangrijk is om dit te verbinden met langdurige afspraken over de hoogte van de NHC/NIC en deze niet onderhandelbaar te maken, zoals nu het voornemen lijkt vanaf 2023.	Wij lezen hier geen vraag. De NHC/NIC is al enkele jaren onderhandelbaar, maar door de zorgkantoren de afgelopen jaren voor 100% vergoed. Voor 2023 voeren zorgkantoren geen landelijke generieke korting door.
VID-0516	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Kernelement bedrijfsvoering: uitgangspunt is o.a. verbetering solvabiliteit. Hoe verhoudt zich dit met het uitgangspunt bij het bepalen van het richttarief (minimaal neutraal resultaat)?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een tariefsystematiek die in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg. Door doelmatiger te werken hoeft het geen verslechtering van de solvabiliteit van een aanbieder te betekenen.
VID-0517	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Duurzaamheid: wat bedoelt u concreet met certificering? En hoe verhoudt zich dit met de administratieve lasten (weer een certificaat erbij).	Bij mogelijke certificering op het gebied van duurzaamheid sluiten we aan bij beleid vanuit de overheid.
VID-1288	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Wat wordt er bedoeld met: Meer mogelijkheden voor zorgaanbieders die zich willen ontwikkelen?	Zorgkantoren vertalen de kernelementen in het regionale beleid en kunnen over de kernelementen de dialoog aangaan met de zorgaanbieders. Dit kan zorgaanbieders stimuleren en mogelijkheden bieden zich op de thema's van de kernelementen verder te ontwikkelen.
VID-1289	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Passende zorg is structureel. Hoe verhoudt zich dit tot eenmalige verhoging van het tarief?.	Deze vraag heeft betrekking op het regionale beleid van het zorgkantoor. Neem hierover contact op met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
VID-1316	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Op pagina 12 staat het volgende bij uitgangspunten voor Passende zorg: - Extra of nieuw aanbod stimuleren voor specifieke en complexe doelgroepen; Er staat niet specifiek omschreven welke doelgroepen hiermee worden bedoeld. Kunnen wij hierover in gesprek met ons zorgkantoor? Wij bedienen een aantal doelgroepen die naar ons idee hiervoor in aanmerking komen.	U kunt hierover in gesprek met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
VID-1336	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Is het de bedoeling dat zorgaanbieders per kernelement een plan opstellen? Wanneer moet dit worden aangeleverd en wat zijn de eisen?	Nee, het is niet de bedoeling dat zorgaanbieders per kernelement een plan opstellen. Dat staat ook niet als zodanig beschreven in het landelijke beleid. Meer hierover leest u mogelijk wel in het regionale inkoopdocument van uw zorgkantoor.
VID-1514	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Landelijk kader vermeldt dat wordt gestuurd op aantal kernelementen, waaronder 'ondersteuning (soms ook financieel) voor zorgaanbieders die bezig zijn met de zorgvraag van morgen'. Indien bijv. anticiperen op een ouder wordende zeer complexe doelgroep hieronder te verstaan is, kan dan hieruit een aanspraak worden afgeleid voor afstemming over aanpassing van het tariefpercentage? M.a.w.: Indien heldere kaders in het landelijk kader gesteld zijn, zijn	Het regionale inkoopbeleid van de zorgkantoren is passend binnen het landelijk opgestelde inkoopkader, waarbij het regionale kader leidend is. Immers sluit het zorgkantoor binnen de kaders van het eigen inkoopbeleid een overeenkomst met de zorgaanbieders.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
			deze dan leidend boven onderwerpen/kaders gesteld in het regionale kader?	
VID-1533	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Bij daling van tarieven is het niet te verwachten dat er financiële ruimte is om te investeren in innovatie. Welke (substantiële) ruimte is er voor maatwerk: in welke vorm gaan jullie specifieke expertise en aanbod of belangrijke innovaties belonen en stimuleren? via welke (financiële) vorm?	Hoe zorgkantoren het maatwerk in de regio toepassen leest u in de regionale inkoopdocumenten van het zorgkantoor.
VID-1537	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Welke zekerheid kun je als instelling krijgen als je op dit moment aan de start staat van herontwikkeling van je zorgterrein? En voor welke termijnen kunnen er afspraken gemaakt worden? Het gaat om langjarige investeringen waarom er een bepaalde mate van zekerheid moet zitten. Dit staat niet geformuleerd. Het verzoek dit concreter te maken en/of de maatwerkmogelijkheden binnen contractering Wlz hiervoor aan te geven.	De meeste zorgkantoren kennen een 3-jarige overeenkomst, waarbij in principe de tariefafspraken voor 1 jaar worden gemaakt. Het is aan de afzonderlijke zorgkantoren om te beslissen of ze met u het gesprek aangaan over meerjarige afspraken.
VID-1539	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Zijn de vier kernelementen uitsluitend? Of is er op individuele basis ook nog een andere element in te brengen?	De vier kernelementen vormen de basis van het landelijke en her regionale inkoopkader. Het is aan het afzonderlijke zorgkantoor te overwegen of ze nog een ander beleidsthema of speerpunt benoemen in het regionale kader.
VID-1691	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	In het kader van bedrijfsvoering wordt gesproken over spiegelinformatie. Kan dit betekenen dat deze spiegelinformatie wordt gebruikt om aanbieders met lagere gemiddelde kosten per klant een hoger tarief te bieden dan aanbieders met hoge gemiddelde kosten per klant?	De spiegelinformatie wordt niet gebruikt voor de bepaling van het tarief. Deze is bedoeld om de betreffende zorgaanbieder te laten zien hoe hij op bepaalde elementen presteert ten opzichte van andere zorgaanbieders in een regio of binnen het totale werkgebied van het zorgkantoor. Op basis hiervan kan hij indien nodig een verbeterplan opstellen.
VID-1839	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	In paragraaf 2.3 wordt ingegaan op de kernelementen. Bij Kernelement Duurzaamheid staat de zorgkantoren waarde hechten aan duurzame zorg en duurzaam vastgoed. Duurzame zorg wordt niet toegelicht, duurzaam vastgoed wel. Duurzaamheid gaat veel verder dan alleen de gebouwen. Ook duurzaam inkopen, voeding, vervoer, gezonde leef- en woonomgeving zijn bijv. van belang. Is er ruimte voor dat zorgaanbieders duurzaamheid breder interpreteren dan de uitleg van duurzaam vastgoed? Hoe gaat zorgkantoor duurzame bouw beoordelen en hoe ziet men dit kernelement (en aanvullende eisen) in relatie tot ontwikkeling mb.t. maatwerkafspraken over NHC/NIC in de toekomst?	Wij herkennen dat duurzaamheid ook van toepassing is op de zorgverlening. Zorgkantoren vinden het belangrijk om de dialoog aan te gaan met zorgaanbieders en op te halen wat de ontwikkelingen zijn, te bezien of we kunnen meedenken en of we zorgaanbieders met elkaar in contact kunnen brengen die met dezelfde thematiek bezig zijn. Met ingang van 2019 wordt de NHC jaarlijks verhoogd om zorgaanbieders te compenseren voor de gevolgen van wijzigingen van regelgeving op het gebied van duurzaamheid voor de investeringen in vastgoed. Zorgkantoren gaan in gesprek met zorgaanbieders over de investeringen op het gebied van vastgoed en dienstverlening.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1848	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Valt het voorkomen of vertragen van verpleeghuisindicaties ook onder JZOJP (passende zorg)?	Zorgkantoren streven naar zorg die past bij wat de klant wil, met de middelen die daarvoor beschikbaar zijn. Juiste zorg op de juiste plek kan aansluiten bij het creëren van een innovatief zorgaanbod dat aansluit bij de wensen van de klant. Het is aan het afzonderlijke zorgkantoor om te beoordelen of een specifiek initiatief past binnen het thema passende zorg.
VID-1987	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	zorgkantoren streven naar zorg die past bij wat de klant wil en ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten in de vorm van VPT en/of MPT. Op pagina 42 bovenaan staat echter dat zorgaanbieders aangemoedigd worden zoveel mogelijk integraal verblijf en behandeling te leveren in de GGZ. Volgens ons zijn deze twee punten strijdig. VRAAG: graag ontvangen wij een nadere toelichting op de visie van de zorgkantoren op de GGZ waaruit blijkt of het de voorkeur heeft om integrale pakketten te bieden of om in te zetten op VPT en MPT. Hierin lezen we graag terug wat bedoeld wordt met flexibel open afschalen (3.4, pagina 20), scheiden van wonen en zorg (3.4, pagina 20) en hetgeen beschreven onder Herstelondersteunende zorg (3.4, pagina 21) als de voorkeur uitgaat naar integrale pakketten.	Met de genoemde passage bedoelen wij dat als een klant zowel verblijf als behandeling nodig heeft, wij de voorkeur hebben voor bekostiging via het integrale model. Daarmee wordt alle zorg bekostigd vanuit de Wlz en kan deze in samenhang worden geleverd. Er is minder afstemming nodig tussen diverse zorgaanbieders. Voorop blijft staan dat de zorg moet passen bij de behoefte van de klant. Als de voorkeur van de klant gaat naar zorg in de vorm van een MPT of VPT en de zorg kan op die manier veilig en verantwoord worden geleverd, dan heeft levering van zorg in de vorm van een MPT of VPT de voorkeur. Wij vinden het belangrijk dat mensen met een GGZ-aandoening kunnen kiezen voor een passende woonplek. Het wonen in nieuwe woonvormen, waarbij scheiden van wonen en zorg mogelijk is, zien we als een goede ontwikkeling. Met flexibel open- en afschalen bedoelen we dat goed naar de zorgbehoefte van de klant moet worden gekeken en dat de zorg daar flexibel op moet worden aangepast. Dus als (tijdelijk) meer zorg nodig is, dan opschalen en vice versa. Herstelondersteunende zorg is in alle leveringsvormen en bekostigingsmodellen essentieel. Wij vinden het belangrijk dat zorgaanbieders zich inzetten voor herstelgerichte zorg en dat de focus ligt op wat een klant nog wel kan. Bij herstelgerichte zorg gaat het om zowel symptomatisch herstel (goede medisch-psychiatrische en psychologische behandeling en het leren van zelfmanagement van symptomen), maatschappelijk herstel (rehabilitatie en stigmabestrijding) en persoonlijk herstel (jezelf hervinden, leren omgaan met de aandoening, zingeving). Bij herstelgerichte zorg ook hoort dat je kijkt naar de best passende woonplek. Dit kan in de loop van de tijd veranderen.
VID-2000	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	In het kader van bedrijfsvoering wordt gesproken over terugdringen van verzuim. Mede onder invloed van corona is een stijgende trend zichtbaar in het verzuim. Ondanks forse inzet om dit verzuim te verminderen, blijft het verzuim onverminderd hoog. Op welke wijze kan dit hoge verzuim worden betrokken in de bepaling van het af te spreken tarief?	Het hoge ziekteverzuim wordt niet betrokken in de bepaling van het tarief. De compensatieregeling van de NZa is bedoeld voor extra kosten die voortvloeien uit de gevolgen van het coronavirus.
VID-2092	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Wat zijn de criteria bij uitbreiding / groei van de capaciteit t.b.v. het realiseren van shared savings i.r.t. het verlagen van het af te spreken tarief voor 2022?	Hiervoor zijn geen landelijke criteria. Het is aan het afzonderlijke zorgkantoor om te bepalen of en welke criteria zij hiervoor hanteren. Wij verwijzen u hiervoor naar het regionale inkoopbeleid van uw zorgkantoor.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2099	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Bij de uitgangspunten wordt aangegeven dat zorgkantoren de ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten willen stimuleren in de vorm van VPT's en MPT's. Zijn er al nieuwe zorgconcepten die als voorbeeld worden gezien?	Er zijn verschillende nieuwe zorgconcepten die als voorbeeld kunnen worden gezien. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor of met uw branchevereniging.
VID-2380	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	Bij Kernelement Duurzaamheid staat de zorgkantoren waarde hechten aan duurzame zorg en duurzaam vastgoed. Duurzame zorg wordt niet toegelicht, duurzaam vastgoed wel. Kunt u duurzame zorg nader toelichten? "Daar waar wij een niet bevredigend antwoord krijgen in de nota van inlichtingen kunt u de door ons gestelde vraag lezen als een bezwaar".	Duurzaamheid is een breed begrip. De ambities vanuit de Green Deal hebben betrekking op zowel duurzame zorg als op duurzaam vastgoed. Binnen dit inkoopkader hebben zorgkantoren ervoor gekozen het accent te leggen op duurzaam vastgoed en een gezonde leefomgeving.
VID-0424	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.4 Productieafspraken	Zijn de tarieven voor iedere zorgaanbieder hetzelfde of zit daar verschil in?	Wij verwijzen u hiervoor naar de regionale inkoopdocumentatie van uw zorgkantoor.
VID-1126	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.4 Productieafspraken	Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is opgesteld met in samenhang met het toegekende budget. Nu dit budget wordt afgeroomd, worden de uitgangspunten uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg ook bijgesteld?	Het Zorginstituut Nederland heeft het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Het vormt nu de wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Zorgaanbieders zijn hierdoor verplicht de gevraagde informatie aan te leveren. De stuurgroep kwaliteit Verpleeghuiszorg heeft namens veldpartijen en beroepsgroepen een pakket aan normen en instrumenten voor een betere personeelssamenstelling ontwikkeld. Deze zijn opgenomen in het openbare register.
VID-1515	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.4 Productieafspraken	zorgkantoren komen overeen welke prestaties in een jaar geleverd worden: klopt het dat een aanbieder dan ook voorafgaand kan aangeven een leveringsvorm niet (langer) te willen leveren?	Het is aan het regionale beleid van het zorgkantoor of u dat bij de inschrijving aangeeft of dat u dit bespreekt met de zorginkoper van het zorgkantoor. Hierover vindt u meer informatie in het regionale inkoopdocument.
VID-2093	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.4 Productieafspraken	Wordt in de productieafpraak 2022 ook rekening gehouden met de leegstand a.g.v. corona in 2021?	Wij verwijzen u naar de regionale inkoopdocumentatie.
VID-2094	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.4 Productieafspraken	Wij zijn voornemens in 2022 te starten met geclusterde VPT, hoe kan ik deze uitbreiding van VPT aanvragen? En wordt in de productieafpraak 2022 ook rekening gehouden met de uitbreiding van capaciteit in de VPT?	Hierover kunt u contact opnemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
VID-2167	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	2.4 Productieafspraken	Voor zorgaanbieders is er de onzekerheid of alle productie die gerealiseerd is, ook vergoed kan worden wanneer de contracteerruimte beperkt blijkt. Zorgaanbieders hebben echter ook de plicht iedere individuele klant de zorg te geven die deze nodig heeft. Kunt u onderschrijven dat we maatwerk moeten leveren aan iedere klant en dat we daarvoor een persoonsvolgende financiering nodig hebben, ook als het makro kader onverhoopt te beperkt is?	Zorgkantoren onderschrijven persoonsvolgende financiering, waarbij zoveel mogelijk mensen van het beschikbare budget zorg moeten kunnen ontvangen. Dit moet echter passend zijn binnen het makro kader dat de overheid daarvoor beschikbaar stelt. Er zijn geen mogelijkheden dat te overschrijden anders dan dit te signaleren bij, en te bespreken met, VWS.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0128	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Speerpunt 4 benoemt dat de focus de komende jaren zal liggen op passende huisvesting en dat zorgkantoren hierover in gesprek gaan met aanbieders. Als zorgaanbieder zijn wij met betrekking tot het vastgoed echter zeer afhankelijk van regionale partners, zoals gemeentes en woningcorporaties. Welke rol heeft het zorgkantoor als gesprekspartner rond vastgoed op regionaal en landelijk niveau, bijvoorbeeld met gemeentes en corporaties?	Wij onderschrijven dat het voor passende huisvesting zeer wenselijk is om hierover met gemeentes en woningcorporaties in gesprek te gaan. Zorgkantoren kunnen hierbij een stimulerende en faciliterende rol vervullen door bijvoorbeeld regionale partijen bij elkaar te brengen en gezamenlijk de huisvestingsopgave te bespreken.
VID-0158	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Samenwerken bij meerzorg. In het inkoopkader staat het volgende: hierover maken we resultaatsafspraken. Ook het meer inzichtelijk maken van de resultaten voor klanten, verwanten en medewerkers dient meer aandacht te krijgen. Vraag: wat is de context en definitie? Hoe zien de resultaatsafspraken eruit?	Graag willen we samenwerken om de kwaliteit van de dienstverlening van complexe zorgvragen te verbeteren en meerzorg doelmatig en gepast in te zetten. We hebben hiervoor meerdere instrumenten waaronder de meerzorg dialoog en het maken van gezamenlijke afspraken. Onder context verstaan we de omgeving en setting waarin de klant zorg ontvangt. Te denken valt aan groepssamenstelling, huisvesting, deskundigheid personeel, betrokken netwerk etc.) De context, de definitie en de aard van de resultaatsafspraken is afhankelijk van de inhoud en de omvang van de meerzorgaanvragen en kan dus per zorgaanbieder en klant verschillend zijn. De zorginkoper van uw zorgkantoor bespreekt dit met u.
VID-0163	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	In het inkoopkader wordt het volgende aangegeven: Investeren in zorginfrastructuur en digitale zorg. Juiste en tijdige informatie-uitwisseling met de klant en tussen zorgaanbieders vergroot de kwaliteit van langdurige zorg. Het voorkomt bovendien veel administratieve handelingen. Zorgkantoren investeren daarom in zorginfrastructuur en programma's die bijdragen aan meer efficiency en veiligheid in gegevensuitwisselingen. Tegelijkertijd vragen we zorgaanbieders ook te investeren, zowel in een veilige en gestandaardiseerde medische en verpleegkundige overdracht als in de overdracht van medicatiegegevens in de keten. De uitwisseling van data tussen Wlz-behandelaren, medisch specialisten en huisartsen(posten) draagt bij aan de veiligheid en kwaliteit van zorg, vooral tijdens acute episodes. We zien ook graag dat data van klanten beschikbaar komen in hun Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO). Om deze verbeteringen in de zorginfrastructuur te realiseren, moeten (para-) medici die bij of voor zorgaanbieders werken, gebruik maken van het Landelijk Schakelpunt (LSP). Ook het werken met de standaarden van MedMij, Twin, eOverdracht en Medicatie Overdracht hoort daarbij. Indien nodig volgen zorgkantoren in dialoog met zorgaanbieders de voortgang. Omdat bovengenoemde ontwikkelingen niet vanzelf gaan, zullen zorgkantoren op termijn eisen in de overeenkomst vastleggen ten aanzien van zorginfrastructuur. Vraag: er wordt gesteld dat zorgkantoren op termijn eisen in de overeenkomst vastleggen ten aanzien van de zorginfrastructuur. In het contract 2022-2023 staat hierover niet wat opgenomen, wij gaan er vanuit dat gedurende de contractperiode hier geen eisen voor zullen komen. Is deze veronderstelling juist?	Uw veronderstelling is correct: op termijn betekent nog niet binnen de contractperiode van dit beleid. Zoals beschreven dient de zorginfrastructuur veilig te zijn, hieronder valt o.a. de privacy wetgeving. De standaarden die gebruikt worden betreffen landelijke, met en door het veld ontwikkelde informatiestandaarden, waarbij rekening wordt gehouden met de eisen en wensen van de betrokken sectoren. Alleen zo kunnen gegevens onderling uitgewisseld en op de juiste manier geïnterpreteerd worden, en daarmee de efficiëntie en de veiligheid geborgd worden. Dat neemt niet weg dat er naast de genoemde standaarden ook andere standaarden kunnen worden gebruikt voor andere zorgprocessen.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
			Kunt u alvast een tijdsplan aangeven? Wordt er rekening gehouden de de privacy wetgeving? Is het naast de genoemde standaarden ook mogelijk om met standaarden van andere aanbieders te werken?	
VID-0182	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Zorgkantoren spannen zich in om inzicht te krijgen in bestedingen van de normatieve huisvestingscomponent (NHC), zoals de vastgoedexploitatie. Daarbij wordt gesteld dat het de rol van zorgkantoren is om erop toe te zien dat de maatschappelijke middelen voor het woonzorgvastgoed ook daadwerkelijk hiervoor worden ingezet. Hoe verhoudt dit laatste zich tot het feit dat de tarieven in de Wlz integrale tarieven zijn?	De NHC/NIC is een aparte component in het integrale Wlz-tarief voor de intramurale zorg. Deze component is specifiek bestemd voor huisvestingskosten en wordt conform beleid in 2022 voor 100% meegenomen in het tarief. Uit oogpunt van toezien op de inzet van maatschappelijke middelen willen wij daarom ook inzicht krijgen in de bestedingen van deze specifieke component in het tarief.
VID-0309	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	U constateert dat er binnen de V&V vooral vraag is naar capaciteitsuitbreiding van de verpleeghuiszorg. Voor zorgaanbieders is het dan ook van belang dat zij erop kunnen rekenen dat deze effecten gedurende langere tijd worden gefinancierd, dit hebben zij ook nodig om de financiering voor de uitbreiding te kunnen verkrijgen. In dat kader zijn wij van mening dat het belangrijk is om dit te verbinden met langdurige afspraken over de hoogte van de NHC/NIC en deze niet onderhandelbaar te maken, zoals nu het voornemen lijkt vanaf 2023.	Wij begrijpen uw standpunt. In de aanvulling 2022 op het inkoopkader Wlz 2021-2023 is landelijk afgesproken de NHC/NIC-component in het tarief in 2022 voor 100% te vergoeden. Voor 2023 voeren zorgkantoren geen landelijke generieke korting door. In het regionale beleid leest u of het zorgkantoor hierover afspraken op maat wil maken.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0310	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	U geeft aan voor 2022 te werken aan een nieuwe systematiek voor de meerzorg en dat u er naar streeft om deze per 1 januari 2022 in te laten gaan. Aangezien wij nu nog niet weten hoe deze systematiek er uit gaat zien en wat dit voor ons en onze klanten betekent maken wij hier nu bezwaar tegen. Tevens zouden wij graag een overgangsregeling zien om eventuele negatieve effecten te compenseren en zorgaanbieders en klanten de mogelijkheid te geven om zich om de nieuwe systematiek/financiën aan te passen.	We zien een grote toename in gebruikmaking van de Meerzorgregeling in de GZ, GGZ en de V&V. Daarnaast signaleren we dat er verbeteringen nodig zijn in de manier waarop de toekenning van meerzorg bepaald wordt. Zowel inhoudelijk als financieel willen we de Meerzorgregeling toegankelijk en betaalbaar houden. In onze acties zetten we in op het ontwikkelen van een landelijk nieuwe systematiek voor meerzorg (vanaf 1-1-2022). We ontwikkelen dit in gezamenlijkheid met diverse stakeholders. Verder zetten we in op de ontwikkeling van de meerzorgdialoog, aandacht voor de context van de klant, het delen van goede voorbeelden, gebruik van spiegelinformatie, materiele controle. Het is juist de kracht van het samen optrekken hierin die maakt dat we voor 2022 een systeem hebben dat weer voldoet aan de bedoeling van meerzorg: namelijk financiering voor zorgvragen die de reguliere financiering overstijgen. In de ontwikkeling wordt er uiteraard rekening gehouden met een overgangsperiode, ook dit bespreken we in gezamenlijkheid met diverse stakeholders van zowel de GZ, V&V als GGZ. Wij streven er naar om de nieuwe systematiek eind september gereed te hebben, zodat zorgaanbieder de tijd hebben om zich op de nieuwe systematiek voor te bereiden. Wij kunnen nu nog niet overzien of een overgangsregeling nodig is.
VID-0426	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Complexe zorg is één van de speerpunten in het inkoopbeleid. Er zijn gradaties in de complexe zorg. Wat houdt maatwerk concreet in om tot financieel passende afspraken te komen voor de zwaarste situaties van verzekerde klanten?	Wij zien dat de zorgvraag van sommige klanten complexer wordt, bijvoorbeeld door meervoudige grondslagen voor Wlz-zorg. Dit maakt het vinden van een passende plek voor de klant lastiger. Wij vragen van zorgaanbieders dat zij in hun zorgaanbod 'mee-ontwikkelen' met deze behoefte. Voor inhoudelijk passende zorg voor de klant hoort wat ons betreft ook een passende financiering waarvoor binnen de door zorgkantoren gehanteerde tariefssystematiek voldoende mogelijkheden zijn. Dit kunt u meenemen in de dialoog met uw zorginkoper.
VID-0427	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Wanneer is het berekeningsjabloon beschikbaar? Wanneer kan het zorgkantoor financiële zekerheid geven aan klanten met een complexe zorgvraag voor het inzetten of continueren van meerzorg?	We streven ernaar dat het nieuwe meerzorgsjabloon eind september beschikbaar komt, zodat zorgaanbieders de tijd hebben om zich voor te bereiden op de veranderingen.
VID-0463	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Pagina 16: het zorgkantoor wil er op gaan gaan toezien dat de maatschappelijke middelen voor woonzorgvastgoed daar ook voor wordt ingezet. Hoe gaat het zorgkantoor acteren als er woonzorgbudget moet worden ingezet voor zorgexploitatie om toch een voorzichtig positief resultaat te behalen, zeker nu de tarieven voor zorgexploitatie verder worden verlaagd?	Wij gaan met betreffende zorgaanbieder in dialoog om te bespreken hoe deze de (maatschappelijke) middelen op verantwoorde wijze gaat inzetten.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0518	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	In de Aanvulling voor 2022 paragraaf 3.1 punt 4 staat dat zorgkantoren zorgaanbieders stimuleren een vastgoedbeleid te voeren voor een langere termijn. Zorgkantoren kunnen daarvoor zorgaanbieders vragen naar de vastgoedstrategie. Op welke wijze gaat het zorgkantoor dat beoordelen als bij henzelf daarvoor niet de expertise aanwezig is? En op welke wijze gaat het zorgkantoor dat beoordelen en op basis van welke criteria. En hoe neemt het zorgkantoor de regionale context hierin mee?	Onze insteek is om zorgaanbieders te stimuleren een vastgoedbeleid voor langere termijn te voeren. Om die reden zou het goed zijn als zorgaanbieders hiervoor een strategie hebben. Die vastgoedstrategie van zorgaanbieders is namelijk van invloed op het nu en in de toekomst kunnen blijven realiseren van voldoende zorg in de zorgkantorregio's. Dit is van belang voor het vervullen van onze rol in de regio. Wij gaan met u in dialoog over de wijze waarop het plan aansluit bij de regiovisie. Op die manier kunnen we dan de regionale uitdagingen en uw vastgoedstrategieën zoveel mogelijk aan laten sluiten.
VID-0565	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Wat is het doel van de NHC benchmark? Wilt u afzien van de benchmark? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren willen graag meer inzicht krijgen in de besteding van de normatieve huisvestigingscomponent. We verwijzen naar het regionale beleid van de zorgkantoren voor meer informatie over hoe zij voor hun regio's dit inzicht willen verkrijgen.
VID-0794	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Wat wordt bedoeld met preventieve Meerzorg?	Preventieve meerzorg is bedoeld om in individuele klantsituaties (verdere) terugval van functioneren te voorkomen of te beperken. Dat kan via snelle onderbouwde inzet van expertise en/of uitbreiding van de zorg voor een periode van 3 tot 6 maanden. In het Voorschrift Zorgtoewijzing vindt u meer informatie. We verwachten de publicatie van het Voorschrift Zorgtoewijzing 2022 in november 2021.
VID-0845	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	inzake de kernelementen zorginkoop: het is aan het individuele zorgkantoor te bepalen op welke van de 4 kernelementen nadruk wordt gelegd. Wordt dit gedaan in afstemming met de zorgaanbieders?	Met de specifieke invulling van de kernelementen spelen zorgkantoren in op wat er gezien de specifiek regionale omstandigheden wenselijk is. De vier kernelementen zijn overigens ongewijzigd gebleven en zijn in eerdere overleggen ook met zorgaanbieders en branches besproken.
VID-1021	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	"Samenwerking tussen de verschillende domeinen". Hoe ziet dit er in de praktijk uit?	Wij stellen ons voor dat stakeholders in de regio, dus naast het zorgkantoor ook de gemeente en/of een verzekeraar, met elkaar de vraag- en knelpunten in de regio bespreken er met elkaar tot (betere) afstemming komen. Dit kan dus in de vorm van structureel overleg zijn maar ook in de vorm van een pilot of iets dergelijks. Er zijn voldoende voorbeelden van regio's waar stakeholders op die wijze met elkaar samenwerken.
VID-1290	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Hoe stuurt het zorgkantoor op voldoende en passende huisvesting? Juist omdat een bouwperiode van 5 á 10 jaar kost en inkoopafspraken voor één of twee jaar worden gemaakt.	Het zorgkantoor in de regio gaat graag met u in gesprek over de huisvestingsbehoefte, ook op de wat langere termijn in de regio. Juist omdat bouwplannen een lange doorlooptijd kennen is het van belang om te bespreken wat daarvoor op dit moment de juiste keuzes zijn.
VID-1317	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Op pagina 15 wordt gesproken over Samenwerking tussen de verschillende domeinen. En onderstaande zin: Daarom blijven zorgkantoren nauw samenwerken met zowel de zorgverzekeraars als gemeenten om de overgang van zorg en ondersteuning goed af te stemmen. Hoe kunnen zorgkantoor en zorgaanbieder hierin samenwerken?	Voor een goede domein overstijgende samenwerking is het van belang dat alle stakeholders in de regio elkaar weten te vinden. Ook zorgaanbieders spelen dus een belangrijke rol bij het bespreken met gemeenten, het zorgkantoor en zorgverzekeraars van de vraag- en knelpunten die er spelen bij domein overstijgende zaken in de regio.



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1318	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Op pagina 17 wordt gesproken over meer aandacht voor preventieve meerzorg. Wordt hierbij ook gedacht aan de IBS vanuit de Wzd? Dit zijn vaak klanten met complexe zorgvragen die de reguliere financiering (tijdelijk) overstijgen. Denk aan inzet beveiliging en 1 op 1 begeleiding.	Preventieve meerzorg is bedoeld om in individuele klantsituaties (verdere) terugval van functioneren te voorkomen of te beperken. Dat kan via snelle onderbouwde inzet van expertise en/of uitbreiding van de zorg voor een periode van 3 tot 6 maanden.  Wij kunnen in zijn algemeenheid niet zeggen of klanten met IBS Wzd in aanmerking komen voor (preventieve) meerzorg. Dit is namelijk van meerdere factoren afhankelijk, onder meer het ZZP profiel, de totale zorginzet, de wijze van financiering van de IBS. Dit wordt per klant afzonderlijk beoordeeld. Hierover leest u meer in het Voorschrift Zorgtoewijzing. We verwachten de publicatie van het Voorschrift Zorgtoewijzing 2022 in november 2021. U kunt ook contact opnemen met uw zorgkantoor.
VID-1352	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	In de Aanvulling voor 2022 paragraaf 3.1 punt 4 staat over passende huisvesting dat in de V&V vooral vraag is naar capaciteitsuitbreiding van verpleeghuiszorg. Dat herkennen wij zeker. Daarnaast zien we ook dat er grote behoefte is aan passende huisvesting voor ouderen die nog geen zware zorg nodig hebben, de tussenvormen tussen thuis en verpleeghuis. Op welke wijze gaan ZN en zorgkantoren dat stimuleren, niet als substitutie voor verpleeghuiszorg maar als en-en?	Wij zijn het met u eens dat het en-en dient te zijn. Wij willen ook het extramurale zorgaanbod stimuleren, onder andere door in dialoog te gaan met zorgaanbieders organisatie van zorg en ondersteuning in de eigen woonomgeving, de duurzame inzet van mantelzorgers, vroegsignalering, inzet van technologie en advance care planning. In het regionale beleid vindt u meer over hoe zorgkantoren hier mee aan de slag gaan. De term verpleeghuiszorg zullen wij vervangen door de term verpleegzorg om de totale opgave voor de sector goed weer te geven.
VID-1355	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	In de Aanvulling voor 2022 paragraaf 3.1 punt 4 is een figuur met het 'tijdpad vastgoed' opgenomen. Het lijkt alsof er een rapport met inzicht moet worden ingediend/verbeterd waarna afspraken worden gemaakt/gecontroleerd. Het is onduidelijk hoe we de figuur moeten lezen. Kunt u uitleggen wat wordt bedoeld met de figuur, wat het betekent voor de administratieve lasten voor de zorgaanbieder en ook hoe dit zich verhoudt tot de regiobeelden die in 2020 zijn opgesteld?	Wij willen de komende jaren graag met u in dialoog over de ontwikkelopgave binnen de regio's; vastgoed is hier een onderdeel van. Het startpunt voor de V&V zijn de regiobeelden die in 2020 zijn opgesteld. Voor alle sectoren starten we met de dialoog. Dit ziet u terug in het figuur. Wanneer maatwerkafspraken gemaakt worden, zullen wij deze ook monitoren. Zorgkantoren stimuleren zorgaanbieders om vastgoedbeleid te maken met een bijbehorende vastgoedstrategie. Het zorgkantoor legt geen extra vereisten op ten aanzien van de vorm en inhoud van het regioplan voor de V&V.
VID-1510	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	"speerpunt 5. Samenwerken bij meerzorg. Voor 2022 werken we aan een nieuwe systematiek voor meerzorg". Kunt u al wat meer vertellen over deze nieuwe systematiek? Wanneer zijn de consequenties voor de bedrijfsvoering/zorgverlening inzichtelijk? Wanneer u dit niet kunt vertellen, wanneer dan wel? Hoe worden/zijn aanbieders betrokken bij deze tot stand koming?	We zien een grote toename in gebruikmaking van de Meerzorgregeling in de GZ, GGZ en de V&V. Daarnaast signalen we dat er verbeteringen nodig zijn in de manier waarop de toekenning van Meerzorg bepaald wordt. Zowel inhoudelijk als financieel willen we de Meerzorgregeling toegankelijk en betaalbaar houden. In onze acties zetten we in op het ontwikkelen van een landelijk nieuwe systematiek voor meerzorg (vanaf 1-1-2022). We ontwikkelen dit in gezamenlijkheid met diverse stakeholders. Verder zetten we in op de ontwikkeling van de meerzorgdialoog, aandacht voor de context van de klant, het delen van goede voorbeelden, gebruik van spiegelinformatie, materiele controle.
VID-1612	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Zorgkantoren geven aan op termijn eisen te stellen aan de zorginfrastructuur. Kan het zorgkantoor bevestigen dat deze eisen congruent zijn met die van andere financiers zodat aanbieders niet met een enorme hoeveelheid eisen te maken krijgen?	In het Informatieberaad Zorg, waar alle branches, VWS, ZN en de VNG in vertegenwoordigd zijn, wordt gewerkt aan een landelijke zorginfrastructuur (nog beter gezegd: stelsel van onderling interoperabele zorginfrastructuren), waarin er actief op wordt gestuurd dat eisen op elkaar aansluiten.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1692	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Een van de speerpunten is samenwerking over de domeinen heen. Zijn er reeds concrete voorbeelden beschikbaar waar deze samenwerking over de domeinen heen reeds in de praktijk goed blijkt te werken?	Er zijn al wel voorbeelden van goede samenwerking over de domeinen heen. Zorgkantoren vinden dat dit nog meer en beter kan vandaar dat het een speerpunt van ons beleid is. Voor concrete initiatieven in uw regio kunt u het beste contact opnemen met uw regionale zorgkantoor.
VID-1693	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Aangegeven wordt dat zorgkantoren inzicht willen in de vastgoedexploitatie. Wordt hierin ook meegewogen welke investeringen voor de komende periode gepland staan, de meerkosten van investeringen in duurzaamheid en de stijgende kosten van bouwmaterialen?	Zorgkantoren gaan graag met u in gesprek over uw visie op de vastgoedontwikkeling. Het gaat ons daarbij vooral om het borgen van kwaliteit en kwantiteit van zorg voor Wlz-klanten in de regio. De regionale context speelt hierbij een rol waar het gaat om de toekomstige zorgbehoefte en de samenhang tussen regionale zorgaanbieders en andere stakeholders. De in de vraag genoemde elementen zullen mede bepalend zijn voor de financiële omvang van de investeringen.
VID-1745	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Welke kaders gelden er om in aanmerking te komen voor domeinoverstijgende zorg?	De wettelijke kaders van Wlz, Zvw en/of Wmo vormen de kaders bij het leveren van domein overstijgende zorg. Wij zetten ons in om de overgang van zorg en ondersteuning in de praktijk te optimaliseren door goede afstemming en samenwerking tussen de verschillende domeinen.
VID-1827	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	"Samen de zorg verbeteren, kan alleen als iedereen bereid is van elkaar te leren en elkaar uit te dagen. Zorgkantoren faciliteren en verbinden hierbij, niet alleen in hun regio maar ook op locatieniveau". Hoe zien zorgkantoren hun rol in het faciliteren en verbinden op locatieniveau?	Om de zorg te verbeteren op locatieniveau zien wij het als onze rol om de inzichten die wij krijgen van de locatiebezoeken te delen, inclusief de goede voorbeelden.
VID-1849	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Wat voor soort afspraken worden gemaakt over vastgoed?	Zorgkantoren gaan graag met u in gesprek over uw visie op de vastgoedontwikkeling. Het gaat ons daarbij vooral om het borgen van kwaliteit en kwantiteit van zorg voor Wlz-klanten in de regio. De regionale context speelt hierbij een rol waar het gaat om de toekomstige zorgbehoefte en de samenhang tussen regionale zorgaanbieders en andere stakeholders. Afhankelijk van de situatie in de regio is het mogelijk dat het zorgkantoor hierover afspraken met u maakt.
VID-2061	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	"zorgkantoren spannen zich in om inzicht te krijgen in bestedingen van de normatieve huisvestingscomponent (NHC), zoals de vastgoedexploitatie. Dit zullen we spiegelen tussen zorgaanbieders". Suggestie wordt gewekt dat de NHC onderhandelbaar wordt in de toekomst. Hoe wordt hier tegenaan gekeken? Voor de bedrijfsvoering en plannen van investeringen is een stabiele NHC noodzakelijk. Onzekerheid schrikt investeerders en banken af.	Het doel van het inzicht krijgen is om met elkaar de uitdagingen die vastgoedexploitatie met zich meebrengt, en hoe dit zich verhoudt tot verschillende zorgaanbieders, te beschouwen. Dit draagt dan ook bij aan de analyse van de regio, de knelpunten binnen de regio, en kan gebruikt worden bij de ontwikkelopgave van de regio.
VID-2063	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Bij punt 5 wordt meer aandacht voor preventie genoemd bij Meerzorg. Mn de begeleiding van de klantomgeving blijkt lastig financieerbaar, maar is wel belangrijk om meerzorg te voorkomen. Hoe kijkt het zorgkantoor hier naar?	Preventieve meerzorg is bedoeld om in individuele klantsituaties (verdere) terugval van functioneren te voorkomen of te beperken. Dat kan via snelle onderbouwde inzet van expertise en/of uitbreiding van de zorg voor een periode van 3 tot 6 maanden. Preventieve meerzorg kan verdere meerzorg voorkomen door vroegtijdig in te zetten op het verbeteren van de context of tijdelijk extra ondersteuning. In het voorschrift vind u meer informatie over preventieve meerzorg.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2095	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Hoe verloopt het proces indien de capaciteit wordt ingezet op de verkeerde plekken? Bestaat de kans dat de zorgaanbieder dat moet gaan afbouwen in capaciteit in 2022?	Zorgkantoren gaan graag met u in gesprek over uw visie op de vastgoedontwikkeling. Het gaat ons daarbij vooral om het borgen van kwaliteit en kwantiteit van zorg voor Wlz-klanten in de regio. De regionale context speelt hierbij een rol waar het gaat om de toekomstige zorgbehoefte en de samenhang tussen regionale zorgaanbieders en andere stakeholders. Afhankelijk van de situatie in de regio is het mogelijk dat het zorgkantoor hierover afspraken met u maakt.
VID-2101	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Bij het kopje " Samenwerking tussen de verschillende domeinen' geeft u aan dat het in ieders belang is (niet in de laatste plaats van de klant) dat de overgang soepel verloopt. In de praktijk ervaren wij dat klanten niet altijd over willen van de Zvw naar de Wlz, vanwege de eigen bijdrage. In hoeverre hebben jullie aandacht voor dit obstakel en gaan jullie zorgaanbieders hierin ondersteunen in het gesprek met de klant?	Ons is bekend dat dit een van de belemmeringen kan zijn voor een soepele overgang tussen domeinen en het is dus een belangrijk aandachtspunt bij dit thema. Naast heldere informatie over de eigen bijdrage Wlz aan klanten vragen wij hiervoor regelmatig aandacht bij de verantwoordelijke instanties.
VID-2102	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Bij het kopje kwaliteitsverbetering wordt aangegeven dat de stuurgroep werkt aan de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. Eerder is aangegeven dat gekeken gaat worden of het addendum "langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie' geïntegreerd kan worden met het kwaliteitskader " wijkverpleging'. Is hier nog sprake van en zo ja hoe ver staat het hiermee?	Op dit moment doet Significant in opdracht van de Stuurgroep van het Kwaliteitskader Wijkverpleging en het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg onderzoek om te komen tot een toekomstige vorm van de kwaliteitskaders. Door corona heeft het onderzoek vertraging opgelopen. De verwachting is dat het adviesrapport er na de zomer ligt. Voor meer informatie over dit proces verwijzen wij u naar de stuurgroep kwaliteitskader.
VID-2145	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Een van de speerpunten is voldoende en passende huisvesting en levensloopbesteding. Wij willen hier flink in investeren. Deze huisvesting is voor VPT niet haalbaar. Dit lijkt daarom haaks op elkaar te staan. Hoe kunnen wij dit in de dialoog met elkaar afstemmen dat we voldoende en passende huisvesting kunnen bieden, daarmee zullen groeien, en dat niet in VPT is?	Het doel van de dialoog is om met elkaar te verkennen welke verschillende mogelijkheden er zijn om te komen tot voldoende passende huisvesting, waaronder zeker ook VPT. Omdat dit een brede opgave is worden ook stakeholders zoals de gemeenten en woningcorporaties in deze dialoog betrokken.
VID-2168	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Zorgkantoren spannen zich in om inzicht te krijgen in bestedingen van de normatieve huisvestingscomponent (NHC), zoals de vastgoedexploitatie. Dit zullen we spiegelen tussen zorgaanbieders. Kan het zorgkantoor aangeven welke veranderingen in de (tariefstelling) NHC te verwachten zijn?	In 2022 rekenen zorgkantoren met 100% van de NHC/NIC-component. In 2023 voeren zorgkantoren geen landelijke generieke korting door op de NHC/NIC-component. In het regionale beleid leest u of zorgkantoren hierover afspraken op maat willen maken.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2169	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Zorgkantoren gaan de regeling meerzorg aanpassen. Hoewel we dit voornemen zeer toejuichen zien we de stijging van meerzorg vooral als een resultante van complexere problematiek en ontoereikende tarieven. Zijn de zorgkantoren bereid om niet alleen de regeling meerzorg aan te passen maar ook de passendheid van de tarieven in 2022 aan een grondige analyse te onderwerpen?	De maximumtarieven worden jaarlijks door de NZa vastgesteld. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussentijdse jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. Op basis van de beschikbare contracteerruimte en deze maximumtarieven worden de tarieven per prestatie door het betreffende zorgkantoor vastgesteld.
VID-2280	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Wij schrijven in als VVT instelling. In paragraaf 3.1 schrijft u dat we samenwerken bij continue verbetering conform de kwaliteitskader verpleeghuiszorg én gehandicaptenzorg én de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten van de GGZ. Volgens paragraaf 1.1 heeft het terugdringen van administratieve lasten voor de medewerkers in de zorg hoge prioriteit. Het toepassen van meerdere kwaliteitskaders binnen een organisatie en soms zelfs binnen één huis, levert administratieve lasten op voor onze medewerkers. Welke kwaliteitskaders prevaleren, mochten deze tegenstrijdigheden bevatten?	Er wordt per sector een kwaliteitskader gehanteerd. Indien zorg aan meerdere doelgroepen wordt geleverd, zijn meerdere kwaliteitskaders van toepassing op de zorgaanbieder. U kunt contact opnemen met het Zorginstituut om te bezien of het in uw specifieke situatie mogelijk is om al dan niet volgens één kwaliteitskader uw gegevens aan het Zorginstituut aan te leveren. U kunt hiervoor mailen met: kwaliteitsgegevens@zinl.nl. Indien nodig neemt het Zorginstituut contact op met het zorgkantoor.
VID-2306	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Er wordt aangegeven dat zorgkantoren zich inspinnen om inzicht te krijgen in de bestedingen van de NHC. In de V&V sector wordt een significante uitbreiding in verpleeghuisplaatsen gevraagd. Aanvullend is sprake van stijgende bouwkosten, en toenemende huizenprijzen. Hoe worden deze ontwikkelingen meegenomen in deze analyse inzake bestedingen van de NHC? Gezien het structurele karakter van vastgoed pleiten wij ervoor om juist deze toekomstige ontwikkelingen mee te nemen en niet (alleen) te focussen op (boekhoudkundige) resultaten op het vastgoed.	Het is de taak van de NZa om dergelijke ontwikkelingen mee te nemen in de tarieven, waaronder ook de vaststelling van de hoogte van de NHC/NIC. In 2022 ontvangen zorgaanbieders 100% van de NHC/NIC. Ook in 2023 voeren we geen landelijke generieke korting door op de NHC/NIC-component.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2307	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Wij vragen om, bij inzicht in de bestedingen NHC ook mee te wegen dat wanneer een positief resultaat op vastgoed een negatief resultaat op zorg compenseert rekening te houden met de verwachte negatieve ontwikkelingen in het resultaat op vastgoed (als gevolg van stijgende kosten) waardoor er vraag komt naar een toename in de financiering van zorg (eventueel via de kwaliteitstoeslag) om het huidige kwaliteitsniveau van zorg te behouden.	Ja, we nemen dit mee in de overwegingen. We verwijzen naar het regionale beleid van de zorgkantoren voor de wijze waarop zorgkantoren de komende jaren meer inzicht willen krijgen in de bestedingen rondom de NHC/NIC.
VID-2311	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	"Voor 2022 werken we daarom voor alle drie de sectoren aan een nieuwe systematiek voor meerzorg. Hierin staan kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en betaalbaarheid centraal"--> Wij gaan er vanuit dat de huidige meerzorg toezeggingen geldig blijven, en er hierdoor geen financiële verrassingen ontstaan. Kunt u dit bevestigen?	We zien een grote toename in gebruikmaking van de Meerzorgregeling in de GZ, GGZ en de V&V. Daarnaast signalen we dat er verbeteringen nodig zijn in de manier waarop de toekenning van meerzorg bepaald wordt. Zowel inhoudelijk als financieel willen we de Meerzorgregeling toegankelijk en betaalbaar houden. In onze acties zetten we in op het ontwikkelen van een landelijk nieuwe systematiek voor meerzorg (vanaf 1-1-2022). We ontwikkelen dit in gezamenlijkheid met diverse stakeholders. Verder zetten we in op de ontwikkeling van de meerzorgdialoog, aandacht voor de context van de klant, het delen van goede voorbeelden, gebruik van spiegelinformatie, materiele controle. In de ontwikkelingen wordt er uiteraard rekening gehouden met een overgangssituatie en worden er afspraken gemaakt over de huidige beschikkingen.
VID-2317	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Één van de speerpunten is: Meer sturen op voldoende en passende huisvesting. Als actie vanuit de zorgkantoren wordt aangegeven dat zij zorgaanbieders stimuleren om een vastgoedbeleid te voeren voor een langere termijn. Wij vinden dat goed om te horen en dat is ook een juiste ontwikkeling. Daar hoort echter ook duidelijkheid over met betrekking tot de financiering. Er kan geen lange termijn beleid worden ontwikkeld zonder duidelijkheid over de financiering. In het inkoopbeleid wordt echter geen duidelijkheid gegeven over de ontwikkeling van de NHC/NIC. Kan u dan wel verlangen dat een zorgaanbieder een beleid voor de lange termijn heeft? En wanneer komt er duidelijkheid?	We verwachten van zorgaanbieders dat zij vanuit hun visie, bedrijfsvoering en de regionale opgave een langere termijn vastgoedstrategie ontwikkelen. Eventuele onzekerheden over randvoorwaarden mogen partijen er niet van weerhouden om nu al plannen te ontwikkelen voor de noodzakelijke capaciteitsontwikkeling. In 2022 ontvangen zorgaanbieders 100% van de NHC/NIC. Ook in 2023 voeren we geen landelijke generieke korting door op de NHC/NIC-component.
VID-2318	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Één van de speerpunten is: Samenwerken bij Meerzorg. Het streven is een nieuwe systematiek per 1 januari 2022 in te laten gaan. Dit zou gelden voor alle drie de sectoren. De huidige systematiek is niet passend voor de V&V sector. Het proces van aanvraag van meerzorg tot aan akkoord zorgkantoor duurt zo lang, dat klant soms al is overleden. De tijd dat iemand in een verpleeghuis woont is veel korter dan bij de andere sectoren. Gaat daar in het nieuwe beleid rekening mee worden gehouden?	Wij zijn voornemens hier in het nieuwe beleid rekening mee te houden.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2385	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	In de Aanvulling voor 2022 paragraaf 3.1 punt 4 staat dat zorgkantoren zich inspannen om inzicht te krijgen in bestedingen van de normatieve huisvestingscomponent (NHC), zoals de vastgoedexploitatie. Dit zullen zorgkantoor spiegelen tussen zorgaanbieders. Echter de invoering van de NHC is juist geweest om de volledige verantwoordelijkheid voor het vastgoed bij de zorgorganisaties neer te leggen. Daar hoort het dan ook te liggen. De NHC is niet bedoeld om als benchmark in te zetten. Wat is het doel van deze benchmark? Wilt u afzien van de benchmark? Zo nee, waarom niet?"Daar waar wij een niet bevredigend antwoord krijgen in de nota van inlichtingen kunt u de door ons gestelde vraag lezen als een bezwaar".	Zorgkantoren willen graag meer inzicht krijgen in de besteding van de normatieve huisvestingscomponent. We verwijzen naar het regionale beleid van de zorgkantoren voor meer informatie over hoe zij voor hun regio's dit inzicht willen verkrijgen.
VID-2449	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Voor 2022 werken we aan een nieuwe systematiek voor meerzorg. Kunt u al wat meer vertellen over deze nieuwe systematiek? Zo nee, wanneer wel? Hoe worden/zijn aanbieders betrokken bij deze tot stand koming?	We zien een grote toename in gebruikmaking van de Meerzorgregeling in de GZ, GGZ en de V&V. Daarnaast signalen we dat er verbeteringen nodig zijn in de manier waarop de toekenning van meerzorg bepaald wordt. Zowel inhoudelijk als financieel willen we de Meerzorgregeling toegankelijk en betaalbaar houden. In onze acties zetten we in op het ontwikkelen van een landelijk nieuwe systematiek voor meerzorg (vanaf 1-1-2022). We ontwikkelen dit in gezamenlijkheid met diverse stakeholders. Verder zetten we in op de ontwikkeling van de meerzorgdialoog, aandacht voor de context van de klant, het delen van goede voorbeelden, gebruik van spiegelinformatie, materiele controle.
VID-2451	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	Bij meerzorg wordt aangegeven dat in de nieuwe systematiek en inkoopbeleid oog is voor contextgebonden factoren. Kunt u een voorbeeld geven van wat deze factoren zijn?	De contextgebonden factoren kunnen onder andere zijn: de huisvesting, de groepssamenstelling, personeelwisselingen binnen de groep, deskundigheid van het personeel, het ziekteverzuim binnen het team, het pedagogische klimaat.
VID-0004	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2 Onze sectorspecifieke afspraken de Verpleging en Verzorging (V%26V)	Is al bekend of de transitievoorwaarden voor 2022 bijv. bestaan? Ook voor 2023?	Op dit moment is er nog geen duidelijkheid over de transitievoorwaarden (ontwikkelbudget). Hierover vindt op een later moment besluitvorming plaats binnen het ministerie VWS. Indien de voorwaarden beschikbaar komen informeren wij u hierover.
VID-0111	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2 Onze sectorspecifieke afspraken de Verpleging en Verzorging (V%26V)	Moet iedere locatie altijd een verbeterplan opstellen of alleen als men in aanmerking wilt komen voor extra middelen?	Het Zorginstituut Nederland heeft het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Het vormt de wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Doordat het kwaliteitskader is geregistreerd, stelt deze de (wettelijke) norm en zijn zorgaanbieders verplicht de gevraagde informatie aan te leveren. In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is de verplichting van een verbeterparagraaf per locatie opgenomen, waarmee het onderdeel uitmaakt van het kwaliteitsplan en verslag.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0112	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2 Onze sectorspecifieke afspraken de Verpleging en Verzorging (V%26V)	Is al duidelijk of deze groei voldoende gefinancierd gaat worden vanuit het zorgkantoor of leidt deze groei mogelijk tot lagere tarieven per klant in de toekomst?	VWS publiceert het financieel kader. VWS houdt rekening met demografische ontwikkelingen. Wat de ontwikkelingen voor de toekomst worden en welke ruimte er dan is voor de financiering van de Wlz is op dit moment nog niet bekend.
VID-0544	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2 Onze sectorspecifieke afspraken de Verpleging en Verzorging (V%26V)	Zorgkantoren zullen voor de V&V-sector (net als voor de andere sectoren) uitgaan van een richttarief van 95,8% van de NZa maximumtarieven. Dit geldt ook voor de prestaties zzp/vpt VV4 t/m 10 waarvan de maximumtarieven door de NZa worden verhoogd met de kwaliteitsgelden. Met dit nieuwe richttarief wordt dus 95,8% van de kwaliteitsmiddelen toegevoegd aan de gecontracteerde tarieven. Zorgkantoren geven aan dat het resterende deel (4,2% van de kwaliteitsmiddelen) beschikbaar blijft voor tariefdifferentiatie voor de V&V-sector. Hoe gaat de tariefdifferentiatie eruit zien, wat moet de zorgaanbieder doen voor de toekenning?	In het regionale beleid leest u welk tariefpercentage voor u van toepassing is. Ook leest u daar op welke wijze de resterende middelen worden ingezet en hoe zorgaanbieders in aanmerking kunnen komen voor deze middelen.
VID-0545	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2 Onze sectorspecifieke afspraken de Verpleging en Verzorging (V%26V)	In het inkoopkader staat beschreven: 'We laten hiermee de specifieke verantwoording op aantal klant/ FTE ratio los' in het kwaliteitsplan. Kan het zorgkantoor aangeven welke kaders zij in de nieuwe situatie hanteren bij de beoordeling van de kwaliteitsplannen?	Het Zorginstituut Nederland heeft het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Dat vormt de wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en stelt de (wettelijke) norm vast. De stuurgroep Kwaliteit Verpleeghuiszorg heeft namens veldpartijen en beroepsgroepen een pakket aan normen en instrumenten voor een betere personeelssamenstelling ontwikkeld. Deze zijn opgenomen in het openbare register. Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders in dialoog over de doelstellingen die zorgaanbieders opgeven in het kwaliteitsplan en verslag.
VID-1094	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2 Onze sectorspecifieke afspraken de Verpleging en Verzorging (V%26V)	Van zorgaanbieders wordt verwacht dat ze uiterlijk 31 december voor het komende jaar weer een kwaliteitsplan opstellen. Voldoet voor het zorgkantoor het eigen jaarplan van de zorgaanbieder?	Het Zorginstituut Nederland heeft het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Het vormt nu de wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Nu het kwaliteitskader is geregistreerd, stelt deze de (wettelijke) norm en zijn zorgaanbieders verplicht de gevraagde informatie aan te leveren. De stuurgroep Kwaliteit Verpleeghuiszorg heeft namens veldpartijen en beroepsgroepen een pakket aan normen en instrumenten voor een betere personeelssamenstelling ontwikkeld. Deze zijn opgenomen in het openbare register. De vorm waarin deze gegevens weergegeven worden is aan de zorgaanbieder.
VID-1511	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2 Onze sectorspecifieke afspraken de Verpleging en Verzorging (V%26V)	Er zijn grote tekorten aan SO. Er is een trend richting ZZP met te hoge tarieven. Vanuit reguliere tarieven zijn dure SO's als ZZP niet te financieren. Samenwerking en innovatie kunnen zeker helpen, maar gaan de enorme knelpunten niet oplossen. Hoe kunnen we met elkaar deze problematiek structureel te lijf?	We herkennen het punt dat u schetst. Het is belangrijk om hier met partijen gezamenlijk over in gesprek te gaan en te bekijken wat mogelijke oplossingsrichtingen zijn. Wij adviseren u hierover in gesprek te gaan met uw collega zorgaanbieders en zorginkoper van uw zorgkantoor.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1832	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2 Onze sectorspecifieke afspraken de Verpleging en Verzorging (V%26V)	De kwaliteitsgelden landen m.i.v. 2022 in de Wlz-tarieven. Echter dienen aanbieders nog steeds een kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf per locatie aan te leveren. Hoe wordt deze ontwikkeling gezien in relatie tot de administratieve lastenverlichting?	Het Zorginstituut Nederland heeft het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Het vormt de wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en is daarmee de (wettelijke) norm. Hierdoor zijn zorgaanbieders verplicht de gevraagde informatie aan te leveren. Het kwaliteitsplan en verslag is onderdeel van de transparantie over de zorg die geboden wordt aan Wlz-klanten.
VID-2378	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2 Onze sectorspecifieke afspraken de Verpleging en Verzorging (V%26V)	Voor de kwaliteitsgelden moest jaarlijks een kwaliteitsplan op worden gesteld. De afspraak was dat deze jaarlijkse kwaliteitsplannen niet meer opgesteld hoeven te worden, op het moment dat de kwaliteitsgelden in het tarief zitten. Volgens deze paragraaf is dat niet zo en moeten er weer plannen worden aangeleverd. Kunt bevestigen dat er niet meer jaarlijks een kwaliteitsplan opgesteld en aangeleverd hoeft te worden?	Het Zorginstituut Nederland heeft het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Het vormt de wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Doordat het kwaliteitskader is geregistreerd, stelt deze de (wettelijke) norm en zijn zorgaanbieders verplicht de gevraagde informatie aan te leveren. In het kwaliteitskader is de verplichting van een jaarlijks kwaliteitsplan die zorgaanbieders bij het zorgkantoor aanleveren opgenomen.
VID-2432	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2 Onze sectorspecifieke afspraken de Verpleging en Verzorging (V%26V)	Hoe wordt omgegaan met het "landen" van de kwaliteitsmiddelen in het tarief wanneer het de verwachting is dat er (o.a. ten gevolge van corona) minder bewoners zijn in 2022 dan in 2021. In ons geval zou het tarief worden opgehoogd met circa 15%. Bij een bezetting van 565 bewoners Wlz is de totale financiële omvang vanuit het tarief gelijk aan het eindperspectief 2021 van het kwaliteitsbudget nl €5,6 mln. Echter indien we 500 bewoners hebben wordt, bij de eerder bepaalde tariefstijging door het opnemen van de kwaliteitsmiddelen in het tarief, de totale financiële omvang €4,6 mln. Klopt het dat het beschreven financiële risico een uitkomst is van het opnemen van de kwaliteitsmiddelen in het tarief of komt hiervoor een hardheidclausule of een andere aanspraak om het verschil gecompenseerd te krijgen?	Het klopt dat het beschreven financiële risico een uitkomst is van het opnemen van de kwaliteitsmiddelen in het tarief. De vergoeding blijft gekoppeld aan de prestaties die u declareert. Er komt hiervoor geen compensatieregeling.
VID-0008	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.1 Kwaliteitsbudget: extra middelen verpleeghuiszorg	Wat gaat er gelden voor de MPT tarieven (waar de kwaliteitsmiddelen niet in landen)? Wordt deze t.o.v. 2021 geïndexeerd?	De NZa publiceert de beleidsregels voor de MPT prestaties. Daarmee maken zij de nieuwe maximumtarieven bekend. De kwaliteitstoeslag wordt alleen toegevoegd aan de prestaties zpz en vpt 4 t/m10 VV.



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0778	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.1 Kwaliteitsbudget: extra middelen verpleeghuiszorg	Het kwaliteitsbudget wordt niet in de MPT prestatie opgenomen. Zonder deze aanvulling op het tarief voor de MPT is de verwachte achteruitgang van de vergoeding voor onze organisatie te groot aangezien wij alleen deze prestatie leveren. Wij besteden veel aandacht aan de kwaliteit en mogelijke verbeteringen van de zorg die wij leveren maar daarvoor moeten de beschikbare middelen wel toereikend zijn. Kunnen wij hierover in overleg met het zorgkantoor?	De NZa publiceert de beleidsregels voor de MPT prestaties. Daarmee maken zij de nieuwe maximumtarieven bekend. De kwaliteitstoeslag wordt alleen toegevoegd aan de prestaties zzp en vpt 4 t/m10 VV. Het kwaliteitsbudget was ook alleen bestemd voor geclusterde verpleeghuiszorg. Voor de tarieven MPT verwijzen wij u naar het regionale beleid van de zorgkantoren.  Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijke inkoopkader 2022.
VID-1089	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.1 Kwaliteitsbudget: extra middelen verpleeghuiszorg	Vanaf 2022 landen de extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) in de reguliere tarieven van de NZa. Concreet betekent dit dat de NZa de maximumtarieven van de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV verhoogt. Hoe komt de verdeling van de opslag per prestatie tot stand en hoeveel is deze opslag per product? Stel dat in verhouding een relatief heel hoge opslag zit op een product wat we als zorgaanbieder nauwelijks leveren (of vice versa), kan het dan zo zijn dat je in het totale bedrag van de kwaliteitsmiddelen opslag heel anders uitkomt dan volgens het eindkader 2022. Hoe waarborgt het zorgkantoor reparatie?	Er is besloten dat, vanaf 2022, de extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) in de reguliere tarieven van de NZa worden verwerkt. Concreet betekent dit dat de NZa de maximumtarieven van de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV verhoogt. Voor de verdeling over de verschillende prestaties verwijzen we naar de beleidsregels van de NZa. Voor 2021 hebben zorgkantoren het verwacht eindperspectief 2022 op basis van deze beleidsregels aan zorgaanbieders gecommuniceerd. Voor reparatie is, gelet hierop, geen aanleiding.
VID-1124	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.1 Kwaliteitsbudget: extra middelen verpleeghuiszorg	"Het is nog niet bekend of het ontwikkelbudget wordt verlengd". Wanneer is er duidelijkheid over of het ontwikkelbudget wordt verlengd en hoe voor welk bedrag?	Op dit moment is er nog geen duidelijkheid over de transitiebudgetten (ontwikkelbudget). Hierover vindt op een later moment besluitvorming plaats binnen VWS. Indien de middelen beschikbaar komen informeren wij u hierover.
VID-1357	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.1 Kwaliteitsbudget: extra middelen verpleeghuiszorg	In paragraaf 3.2.1 geeft u aan dat de extra middelen verpleeghuiszorg in de reguliere tarieven landen, dat de NZa de maximumtarieven van VPT en ZZP 4 t/m 10 verhoogt en dat VWS de extra middelen aan de contracteerruimte toevoegt. Vervolgens schrijft u: 'In het regionale beleid leest u welk deel u krijgt toebedeeld en welk deel de zorgkantoren reserveren om gerichte afspraken te maken met zorgaanbieders om ontwikkelingen te stimuleren voor de verpleeghuiszorg.' Wij gaan er op basis van deze passage vanuit dat de differentiatieruimte, zijnde het restant van de extra middelen dat niet in de tarieven landt, niet wordt besteed aan volume. Zo ja, kunt u dat bevestigen? En zo niet, waarom niet?	De extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) zijn in de reguliere tarieven 2022 van de NZa verwerkt. Daarnaast voegt VWS de extra middelen van het kwaliteitsbudget toe aan de contracteerruimte. Het grootste gedeelte van het kwaliteitsbudget komt beschikbaar via de reguliere tarieven. De zorgkantoren geven in het regionale deel van het inkoopbeleid weer hoe zij invulling geven aan het beperkte deel van de extra middelen dat wordt gereserveerd om gerichte afspraken over kwaliteitsverbetering en het oplossen van knelpunten voor de verpleeghuiszorg. Bij deze afspraken en oplossingen kan het gaan om zowel zorgaanbiedersspecifieke afspraken als om regionale afspraken op basis van kwaliteitsdialogen en regioplannen. Hiermee stellen wij de middelen beschikbaar voor de sector met als uitgangspunt dat deze niet ingezet worden voor volume.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1500	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.1 Kwaliteitsbudget: extra middelen verpleeghuiszorg	Met het hanteren van het richttariefpercentage past het zorgkantoor ook een korting toe op de Kwaliteitsmiddelen Verpleeghuiszorg die vanaf 2022 in de NZa-tarieven zijn opgenomen. Heeft het zorgkantoor in het onderzoek rekening gehouden met de omstandigheid dat zorginstellingen duurverplichtingen zijn aangegaan met deze gelden? Zo ja, op welke wijze. Zo nee, waarom niet?	Er is besloten dat, vanaf 2022, de extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) in de reguliere tarieven van de NZa worden verwerkt. Concreet betekent dit dat de NZa de maximumtarieven van de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV verhoogt. Voor de nadere uitwerking van de landing van het kwaliteitsbudget in de tariefsystematiek van zorgkantoren verwijzen wij naar het regionaal beleid van zorgkantoren. Voor 2021 hebben zorgkantoren het verwacht eindperspectief 2022 aan zorgaanbieders gecommuniceerd, hiermee kan de zorgaanbieder structurele kosten financieren in lijn met het kwaliteitskader. In het regionale beleid van het zorgkantoor kunt u nadere informatie vinden over de landing van de kwaliteitsmiddelen in het regionale beleid. Als de structurele kosten hoger zijn dan de vergoeding die de zorgaanbieder krijgt vanuit het kwaliteitsbudget dan is het aan de zorgaanbieders om te bepalen welke keuzes de zorgaanbieder wil maken t.a.v. zijn eigen bedrijfsvoering.
VID-2079	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.1 Kwaliteitsbudget: extra middelen verpleeghuiszorg	Het kwaliteitsbudget is vervallen. Moet er evengoed nog jaarlijks een kwaliteitsplan geschreven worden en zo ja waar moet dit dan aan voldoen en wat is de functie nog van dit plan? En voor wanneer moet dit plan ingediend worden?	Het Zorginstituut Nederland heeft het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Het vormt nu de wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Nu het kwaliteitskader is geregistreerd, stelt deze de (wettelijke) norm en zijn zorgaanbieders verplicht de gevraagde informatie aan te leveren. De stuurgroep kwaliteit Verpleeghuiszorg heeft namens veldpartijen en beroepsgroepen een pakket aan normen en instrumenten voor een betere personeelssamenstelling ontwikkeld. Deze zijn opgenomen in het openbare register. Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar de inhoud van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.
VID-2089	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.1 Kwaliteitsbudget: extra middelen verpleeghuiszorg	In het Inkoopkader is opgenomen dat er voor 31 december een kwaliteitsplan moet zijn opgesteld voor het komende jaar (dus uiterlijk 31/12/2021 voor het jaar 2022). Nu de financiële middelen hiervoor zijn opgenomen in de reguliere NZa-tarieven (ZZP VPT 4-10 VV) gaan wij er vanuit dat voor het kwaliteitsplan niet meer een aparte begroting dient te worden opgesteld en dat er ook geen aparte financiële verantwoording over het kwaliteitsplan meer moet worden opgesteld. Maar dat er alleen sprake is van een interne inhoudelijke monitoring. Klopt ons uitgangspunt zoals hier verwoord?	Nee, de vereisten rondom de kwaliteitsplannen en verslagen komen uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg zoals deze is vastgesteld door het Zorginstituut. Deze vereisten staan los van het Kwaliteitsbudget.
VID-2103	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.1 Kwaliteitsbudget: extra middelen verpleeghuiszorg	Vraag 5: Hier wordt aangegeven dat zorgaanbieders een kwaliteitsplan opstellen inclusief een verbeterparagraaf per locatie. Wordt er iets verwacht van zorgaanbieders die enkel extramurale Wlz leveren? Zo ja, wat?	Ja, hier is het Addendum kwaliteitskader extramurale zorg van toepassing. Zie de site van het Zorginstituut: <a href="https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/verpleeghuiszorg-kwaliteitskader-addendum">https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/verpleeghuiszorg-kwaliteitskader-addendum</a>

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2104	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.1 Kwaliteitsbudget: extra middelen verpleeghuiszorg	Vraag 6: Aangegeven wordt dat een beperkt deel van de extra middelen geldt voor gerichte afspraken over kwaliteitsverbetering en het oplossen van knelpunten voor de verpleeghuiszorg. Moet hier niet gesproken worden over knelpunten in het Wlz aanbod in de regio dan enkel verpleeghuiszorg? Wanneer er enkel gekeken wordt naar verpleeghuiszorg wordt het opzetten van nieuwe extramurale zorgconcepten nog niet gestimuleerd.	De kwaliteitstoelage is toegevoegd aan de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV en dient besteed te worden aan verbetering van de verpleeghuiszorg. Het gaat niet alleen om intramurale verpleeghuiszorg, maar ook om geclusterde VPT. Gelet op de uitdagingen waar we voor staan en de groei die we verwachten, zijn nieuwe extramurale zorgconcepten van groot belang en stimuleren we ook deze ontwikkeling.
VID-0113	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.2 Passende huisvesting en toegankelijkheid ouderenzorg in de langdurige zorg	zorgkantoren vragen zorgaanbieders om niet-vrijblijvend actie te ondernemen en plannen te ontwikkelen voor capaciteitsontwikkeling voor verpleegzorg in verschillende leveringsvormen, met aandacht voor innovatie, optimale inzet van zorgprofessionals en goed werkgeverschap. De in dialoog overeengekomen plannen worden op passende wijze vastgelegd in addenda of convenanten. Welke eisen stelt het zorgkantoor aan het passende wijze vastleggen van de ontwikkelplannen?	Zorgkantoren stellen geen vormeisen aan de ontwikkelplannen. Het is aan partijen om te komen tot een passende wijze van vastlegging. Belangrijk is dat partijen heldere, eenduidige afspraken maken over capaciteitsuitbreiding en het nakomen daarvan kunnen monitoren.
VID-0519	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.2 Passende huisvesting en toegankelijkheid ouderenzorg in de langdurige zorg	Hoe ondersteunt het zorgkantoor in financiële zin capaciteitsontwikkeling, temeer de contracteerruime steeds krappert wordt?	Het zorgkantoor streeft ernaar de beschikbare middelen optimaal in te zetten. Hierbij streven wij naar een meerjarig perspectief voor de sector om op deze wijze meer zekerheid te geven.
VID-0521	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.2 Passende huisvesting en toegankelijkheid ouderenzorg in de langdurige zorg	Wat ziet het zorgkantoor hier als het lange termijn perspectief: Is de stap naar samenwerking met woningcorporaties en marktsector de eerstvolgende stap naar scheiden wonen zorg verpleeghuizen?	Zorgkantoren vinden het van belang dat er een gevarieerd woonaanbod komt dat aansluit bij de behoeftes van de klant. We hebben hier alle partijen voor nodig. De invulling van de plannen over capaciteitsuitbreiding komt in de regionale dialoog tot stand. De zorgvraagontwikkeling en klantbehoeften zijn daarbij leidend.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0861	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.2 Passende huisvesting en toegankelijkheid ouderenzorg in de langdurige zorg	<p>zorgkantoren gaan in dialoog met zorgaanbieders om in 2025 25.000 extra plekken voor verpleegzorg (intramuraal, geclusterd en bij mensen thuis) te realiseren. Zoals u weet, staan wij in de regio Rotterdam voor een grote opgave in de komende jaren. In de Aanvulling voor 2022 paragraaf 3.2.2. staat dat zorgkantoren aan zorgaanbieders vragen om niet-vrijblijvend actie te ondernemen en plannen te ontwikkelen voor capaciteitsontwikkeling voor verpleegzorg in verschillende leveringsvormen, met aandacht voor innovatie, optimale inzet van zorgprofessionals en goed werkgeverschap. De in dialoog overeengekomen plannen worden op passende wijze vastgelegd in addenda of convenanten. - Op welke wijze komt er vanuit het zorgkantoor voor de zorgorganisatie voldoende zekerheid en financiële middelen voor capaciteitsontwikkeling, toenemende zorgzwaarte en innovatie, maar ook technologie en ruimte om knelpunten rondom krapte personeel op te kunnen (blijven) vangen de komende jaren (te denken valt aan extra modulair opleiden van personeel, meer flexibele uren voor personeel wanneer het hen past teneinde meer personeel aan ons te (blijven) binden? - Wat betekent niet-vrijblijvend? Kunt u uw antwoord voorzien van een toelichting? - Is dat door u beschreven in H 3.4 van het ZK inkoopbeleid? Daarbij uw aandacht voor hetgeen recent in de bestuurlijke afspraken over de woonzorgopgave is afgesproken, namelijk dat de 25.000 extra plekken daadwerkelijk een toevoeging moeten zijn in het aanbod, dus niet bij mensen thuis in te zetten want dat voegt geen woning/plek toe. Indien hierbij geen (extra) financiële zekerheid wordt gegeven dan de huidige kaders voor de komende jaren in de vorm van meerjarige financiële zekerheid, kan deze opgave niet ingevuld worden en al in het geheel niet als het op niet vrijwillige basis wordt ingezet. Voor 2022 speelt bovendien hierin mee dat er een zeer lage te verwachten NZa indexatie op de tarieven in 2022 plaatsvindt..</p>	<p>Een randvoorwaarde uit de bestuurlijke afspraken is dat er een meerjarig macrokader voor de Wlz komt, dat rekening houdt met demografische ontwikkelingen en voldoende zekerheid biedt voor capaciteitsuitbreiding van extra plekken verpleegzorg. Zorgkantoren zetten zich daar blijvend voor in, besluitvorming voor komende jaren is aan een nieuw kabinet. Zorgkantoren vragen zorgaanbieders om niet-vrijblijvend actie te ondernemen en (resultaats-) plannen te ontwikkelen voor capaciteitsontwikkeling voor verpleegzorg in verschillende leveringsvormen. Door vergrijzing neemt het aantal VV-indicaties immers snel toe, partijen zullen daar niet-vrijblijvend op in moeten spelen. Eventuele onzekerheden over randvoorwaarden mogen partijen er niet van weerhouden om nu al plannen te ontwikkelen voor de noodzakelijke capaciteitsontwikkeling. We verwachten dat iedere zorgaanbieder zijn verantwoordelijkheid neemt. Zorgkantoren zullen zorgaanbieders aanspreken via de dialoog.</p>

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1320	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.2 Passende huisvesting en toegankelijkheid ouderenzorg in de langdurige zorg	Op pagina 19 staat onderstaande:4. In de reguliere contractdialoog vragen zorgkantoren aan zorgaanbieders om de acties en resultaten te overleggen omwille van de capaciteitsontwikkeling; 5. Zorgkantoren maken via minimaal jaarlijkse regiomonitors t.b.v. de zorgplicht publiek transparant wat de concrete plannen zijn in de regio voor capaciteitsontwikkeling. Daarmee geven ze tevens inzicht in hoeverre ze daarmee aan de vraag voldoen. Zo nodig nemen zorgkantoren actie als het geplande en gerealiseerde aanbod, of de randvoorwaarden, achterblijven bij de vraag. Hoe gaan de regiomonitors eruitzien? Krijgen wij toestemming van het zorgkantoor om plannen te realiseren voor uitbreiding als dit bijdraagt aan het oplossen van knelpunten? En is er flexibiliteit vanuit het zorgkantoor met betrekking tot de toekenning en budgettering als het om kleinere uitbreidingen gaat op reeds bestaande locaties? Voordeel is dat er geen tot weinig extra personele inzet nodig is.	Plannen voor capaciteitsuitbreiding, groot en klein, worden besproken met het zorgkantoor. Alle capaciteitsuitbreiding in de verpleegzorg wordt meegenomen in de regiomonitor. Het is belangrijk dat de plannen bijdragen aan extra plekken verpleegzorg, in toevoeging op de huidige situatie. Elementen die in de regiomonitor terugkomen zijn bijvoorbeeld: kenmerken van de regio, vraagontwikkeling/ZZP-mix, extra gerealiseerde plekken, uitbreidingsplannen en prognose verwacht tekort. Daarmee ontstaat per regio inzicht in hoeverre er aan de zorgvraag verpleegzorg wordt voldaan en welke aanvullende acties noodzakelijk zijn.
VID-1988	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.2 Passende huisvesting en toegankelijkheid ouderenzorg in de langdurige zorg	Betreffen de 25.000 extra plekken voor verpleegzorg enkel klanten met een ZZP VV en/of aanbieders voor ouderenzorg of wordt hier ook sectoroverstijgend gekeken naar ouderen waarbij ook VG of GGZ-problematiek speelt of oudere VG of GGZ-klanten?	De 25.000 extra plekken verpleegzorg zijn voor klanten die geïndiceerd zijn (of in de toekomst worden) met een VV-zorgprofiel en richten zich op aanbieders van verpleegzorg.
VID-2105	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.2 Passende huisvesting en toegankelijkheid ouderenzorg in de langdurige zorg	Aangegeven wordt dat zorgkantoren zorgaanbieders vragen om niet vrijblijvend actie te ondernemen en plannen te ontwikkelen voor capaciteitsontwikkeling voor verpleeghuiszorg in verschillende leveringsvormen. Wat wordt specifiek met niet vrijblijvend bedoeld, hoe wordt dit beoordeeld? Hoe worden criteria vastgesteld (inspanningsverplichting? Resultaatverplichting?) en wat zijn evt. sancties bij niet voldoen aan de criteria?	Zorgkantoren vragen zorgaanbieders om niet-vrijblijvend actie te ondernemen en (resultaats-) plannen te ontwikkelen voor capaciteitsontwikkeling voor verpleegzorg in verschillende leveringsvormen. Door vergrijzing neemt het aantal VV-indicaties immers snel toe, partijen zullen daar niet-vrijblijvend op in moeten spelen. Eventuele onzekerheden over randvoorwaarden mogen partijen er niet van weerhouden om nu al plannen te ontwikkelen voor de noodzakelijke capaciteitsontwikkeling. Indien gemaakte afspraken niet worden nagekomen zullen zorgkantoren zorgaanbieders hierop aanspreken. Zorgkantoren kunnen aanvullende maatregelen nemen wanneer er aanleiding toe is. Zie hiervoor paragraaf 4.8 van de aanvulling 2022 op het landelijke inkoopkader 2021-2023.
VID-2277	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.2 Passende huisvesting en toegankelijkheid ouderenzorg in de langdurige zorg	In deze paragraaf beschrijft u wat u met passend vastgoed bedoelt. In paragraaf 3.1 spreekt u ook over 'professionele vastgoedsturing' en '.. vastgoedsturing te verbeteren'. Op basis van welke criteria wordt gemeten/ bepaald of een organisatie een voldoende professionele vastgoedsturing heeft? Wat is hierbij de norm en hoe wordt deze vastgesteld?	Onze ervaring is dat professionele vastgoedsturing helpt bij het realiseren van optimale kwaliteit in verhouding tot de beschikbare middelen. Zorgkantoren hanteren momenteel geen landelijk normerend beleid hierop.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2278	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.2 Passende huisvesting en toegankelijkheid ouderenzorg in de langdurige zorg	U vraagt ons niet-vrijblijvend actie te ondernemen ten aanzien van de extra benodigde capaciteitsontwikkeling voor de verpleeghuiszorg. Dergelijke plannen vragen om investeringen met een lange termijn van tussen de 30 en 50 jaar, zowel qua terugverdientijd als financiering. Welke zekerheden kunt u ons verstrekken ten aanzien van deze investeringen? Zelfs een meerjarige Wlz-overeenkomst geeft ons slechts enige financiële zekerheid voor de duur van één jaar.	Het zorgkantoor is in dialoog met de betrokken partijen over een meerjarig perspectief op de ouderenzorg. Daarnaast zijn er regioplannen ontwikkeld om de toekomstige vraag naar capaciteit inzichtelijk te maken en zullen deze plannen ook gemonitord worden. Een randvoorwaarde uit de bestuurlijke afspraken is dat er een meerjarig macrokader voor de Wlz komt, dat rekening houdt met demografische ontwikkelingen en voldoende zekerheid biedt voor capaciteitsuitbreiding van extra plekken verpleegzorg. Zorgkantoren zetten zich daar blijvend voor in, besluitvorming voor komende jaren is aan een nieuw kabinet. Zorgkantoren vragen zorgaanbieders om niet-vrijblijvend actie te ondernemen en (resultaats-) plannen te ontwikkelen voor capaciteitsontwikkeling voor verpleegzorg in verschillende leveringsvormen. Door vergrijzing neemt het aantal VV-indicaties immers snel toe, partijen zullen daar niet-vrijblijvend op in moeten spelen. Eventuele onzekerheden over randvoorwaarden mogen partijen er niet van weerhouden om nu al plannen te ontwikkelen voor de noodzakelijke capaciteitsontwikkeling.
VID-2387	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.2.2 Passende huisvesting en toegankelijkheid ouderenzorg in de langdurige zorg	zorgkantoren gaan in dialoog met zorgaanbieders om in 2025 25.000 extra plekken voor verpleegzorg (intramuraal, geclusterd en bij mensen thuis) te realiseren. In de Aanvulling voor 2022 paragraaf 3.2.2. staat dat zorgkantoren aan zorgaanbieders vragen om niet-vrijblijvend actie te ondernemen en plannen te ontwikkelen voor capaciteitsontwikkeling voor verpleegzorg in verschillende leveringsvormen, met aandacht voor innovatie, optimale inzet van zorgprofessionals en goed werkgeverschap. De in dialoog overeengekomen plannen worden op passende wijze vastgelegd in addenda of convenanten. Op welke wijze komt er vanuit het zorgkantoor voor de zorgorganisatie voldoende zekerheid en financiële middelen voor capaciteitsontwikkeling en innovatie? Wat betekent niet-vrijblijvend? Graag uw antwoord voorzien van een toelichting. Daarbij uw aandacht voor hetgeen recent in de bestuurlijke afspraken over de woonzorgopgave is afgesproken, namelijk dat de 25.000 extra plekken daadwerkelijk een toevoeging moeten zijn in het aanbod, dus niet bij mensen thuis in te zetten want dat voegt geen woning/plek toe. Daar waar wij een niet bevredigend antwoord krijgen in de nota van inlichtingen kunt u de door ons gestelde vraag lezen als een bezwaar.	Een randvoorwaarde uit de bestuurlijke afspraken is dat er een meerjarig macrokader voor de Wlz komt, dat rekening houdt met demografische ontwikkelingen en voldoende zekerheid biedt voor capaciteitsuitbreiding van extra plekken verpleegzorg. Zorgkantoren zetten zich daar blijvend voor in. Besluitvorming voor komende jaren is aan een nieuw kabinet. Zorgkantoren vragen zorgaanbieders om niet-vrijblijvend actie te ondernemen en plannen te ontwikkelen voor capaciteitsontwikkeling voor verpleegzorg in verschillende leveringsvormen. Door vergrijzing neemt het aantal VV-indicaties immers snel toe, partijen zullen daar niet-vrijblijvend op in moeten spelen. Eventuele onzekerheden over randvoorwaarden mogen partijen er niet van weerhouden om nu al plannen te ontwikkelen voor de noodzakelijke capaciteitsontwikkeling.
VID-1989	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.3 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Gehandicaptenzorg (GZ)	Kunnen maatwerkplekken ook ingezet worden voor klanten met domeinoverstijgende problematiek? We denken hierbij met name aan klanten waar zowel psychiatrie als VG een rol speelt en dus sprake kan zijn van een Wlz-indicatie GGZ, terwijl klant het meest gebaat zou zijn bij wonen binnen de VG-sector.	Dit kan als de klant over een Wlz-indicatie beschikt en er geen passend zorgaanbod beschikbaar is waardoor een passend aanbod oftewel maatwerkplek ontwikkeld moet worden. Een beoordelingscommissie beoordeelt of een klant in aanmerking komt voor een maatwerkplek.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0002	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Hoe is de nieuwe instroom per 1-1-2021 verwerkt in het verdeelmodel? Achterstanden van de CIZ zorgt dat we het overzicht nu nog niet compleet hebben.	De nieuwe instroom GGZ-W klanten was per 1-1-2021 verdeeld naar rato van de CIZ gegevens van medio 2020. Hierbij is de afspraak gemaakt dat de verdeling na Q1 2021 aangepast zou worden, indien de verhouding per zorgkantoorregio zou wijzigen op basis van recentere CIZ gegevens. Zorgkantoren monitoren deze ontwikkeling continu en nauwgezet. Aangezien er niet alleen een wijziging in de verhouding per zorgkantoorregio in 2021 ontstond, maar ook een veel hogere instroom van GGZ klanten dan oorspronkelijk geprognoseerd, heeft overleg plaatsgevonden met de NZa en VWS. Op basis van dit overleg zullen binnenkort extra financiële middelen toegekend worden aan het Wlz kader t.b.v. de GGZ-W instroom. De totale middelen van GGZ-W zullen verdeeld worden naar rato van het meest recente inzicht van de CIZ cijfers.
VID-0129	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Sinds 1 jan 2021 is de Wlz ook toegankelijk voor Wlz GGZ Wonen klanten. Er blijkt meer zorgvraag te zijn dan vooraf voorzien. Wat betekent dit voor het beschikbare budget 2022? Groeit het budget mee met de vraag?	VWS bepaalt de hoogte van het budgettaire kader dat beschikbaar komt voor de Wlz. VWS presenteert het macrobedrag meestal in de kaderbrief in het najaar. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) adviseert VWS hierbij. Zie antwoord op vraag VID-0002 inzake groei van het budget.
VID-0175	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	De toekenning van de indicatie GGZw-5 is in den lande onderhevig aan discussie. Waarom baseert u zich in deze tekst alleen op de term beveiliging t.a.v. gebouwen en niet op de bredere context in lijn met de landelijke discussie?	Dat klopt, wij zijn als zorgkantoren ook betrokken bij deze gesprekken over de passendheid van de profielen voor GGZw-5. In de tekst van het huidige GGZw-5-profiel is beveiliging t.a.v. gebouwen opgenomen. Aangezien er nog geen duidelijkheid is of en op welke wijze dit eventueel wordt gewijzigd, hebben wij hierover nog niets in het inkoopkader opgenomen. Uiteraard blijven we aangehaakt bij de landelijke discussie hierover.
VID-0464	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Een aanbieder die GGZ-W biedt inclusief behandeling is ook integraal verantwoordelijk voor de behandeling. Als opname in een behandelkliniek noodzakelijk is, wordt dan een GGZ-B geïndiceerd?	Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is verantwoordelijk voor het afgeven van de indicaties. Als een klant met grondslag "psychische stoornis" een tijdelijke opname in een klinische setting nodig heeft (medisch noodzakelijk verblijf) wordt dat bekostigd vanuit de Zvw. De klant behoudt zijn Wlz-indicatie en zal na afloop van de Zvw-behandeling weer terugkeren naar de Wlz-setting. In de NZa beleidsregel ZZP en NZa-factsheet afwezigheid treft u aan hoe u toestemming krijgt van het zorgkantoor en voor hoelang om de ZZP te kunnen declareren tijdens de tijdelijke Zvw GGZ-opname.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0674	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Kunt u aangeven waarom u van mening bent dat de zorg aan de doelgroep "GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding (GGZw-5)' geleverd kan worden door"zorgaanbieders van beschermd wonen", gelet op de problematiek en de eisen die aan deze zorg gesteld worden?	De passage waar u naar verwijst gaat niet specifiek over de doelgroep GGZw-5, maar geeft aan dat wij het belangrijk vinden dat er een goede samenhang is tussen begeleid wonen en behandeling voor alle GGZ-W klanten. Wij geven in het inkoopkader aan dat de doelgroep GGZw-5 een klantgroep is met een zeer ernstige psychiatrische aandoening. Deze klanten hebben een buitengewoon gestructureerd klimaat en een grote mate van beveiliging en bescherming nodig. De verblijfsomgeving moet hierop zijn afgestemd en zijn voorzien van een specifiek beveiligingsklimaat. In paragraaf 5.18 van het inkoopkader gaan we dieper in op de beveiligde zorg voor GGZw-5 klanten.
VID-1517	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Wordt transparant opgevolgd hoe de werkwijze met het richttarief (en de aanpassingsmogelijkheden) invulling krijgt en wat de gevolgen zijn voor GGZ-aanbieders die pas vanaf 2021 zorg verlenen in de Wlz een geïntegreerde aanbieder zijn met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz? Zo ja, op welke wijze?	In hoofdstuk 2 staat beschreven dat het richttariefpercentage gebaseerd is op de jaarcijfers uit 2019 van zorgaanbieders die >60% omzet in de Wlz hadden. GGZ-aanbieders die pas vanaf 2021 zorg verlenen in de Wlz en geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn daardoor niet in de berekening meegenomen. Het gaat echter om een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tarief voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).
VID-1532	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Het aantal klanten en bijbehorende indicaties die van oa Wmo naar Wlz Wonen gaan is nog steeds groeiende (en deels onder handen bij het CIZ). Welke zekerheid krijgen aanbieders voor 2022 voor dit groeiende aantal klanten en kosten die hieraan worden besteed? Vanuit de gedachte dat klanten moeten kunnen blijven wonen bij de huidige zorgaanbieder is er beperkte invloed op deze groei binnen Wlz Wonen (gemeenten stimuleren klanten en hun naasten CIZ aanvragen te doen)	Aangezien er een hogere instroom van GGZ-W klanten is dan oorspronkelijk geprognosticeerd, heeft overleg plaatsgevonden met de NZa en VWS. Op basis van dit overleg zullen binnenkort extra financiële middelen toegekend worden aan het Wlz kader voor 2021 t.b.v. de GGZ-w instroom. VWS bepaalt de hoogte van het budgettaire kader dat beschikbaar komt voor de Wlz. VWS presenteert het macrobedrag meestal in de kaderbrief in het najaar. Dat betekent dat naar verwachting VWS in dit najaar het macrobedrag voor 2022 bekend zal maken. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) adviseert VWS hierbij.
VID-1540	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Het richttariefpercentage? Er zijn grote verschillen tussen de sectoren en ook binnen type instellingen binnen bepaalde sectoren. Alles wordt wederom over één kam geschoren; met dit richttarief en mogelijke opslag gaan veel aanbieders er fors op achteruit (terwijl complexiteit en inzet toeneemt) (uitspraak kort geding is dit aangegeven als feit) en financiële situatie van onder ander GGZ instellingen dit echt niet toelaten.	U stelt hier geen vraag. In hoofdstuk 2 staat beschreven dat het richttariefpercentage gebaseerd is op de jaarcijfers uit 2019 van zorgaanbieders die >60% omzet in de Wlz hadden. GGZ-aanbieders die pas vanaf 2021 zorg verlenen in de Wlz en geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn daardoor niet in de berekening meegenomen. Wij willen daarom nogmaals benadrukken dat het gaat om een richttarief met aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tarief voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1555	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Hoe gaan de zorgkantoren de zorgaanbieders in de GGZ in 2022 helpen om aan de kwaliteitsstandaarden voor kwalitatief goede en veilige Wlz-zorg te voldoen?	Er is nog geen landelijk kwaliteitskader GGZ beschikbaar. Tot die tijd werken we voor de inkoop van GGZ-Wlz met voorlopige kwaliteitsuitgangspunten. We gaan met zorgaanbieders in gesprek over de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten en hopen hiermee zorgaanbieders te ondersteunen bij het cyclisch werken aan het continu verbeteren van kwaliteit in de dialoog.
VID-1557	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Voor wat betreft de elementen "'innovatie' en "'duurzaamheid' herinneren we de zorgkantoren eraan, dat er bij eerder kostenonderzoek door de NZa (KPMG, 2018) nooit onderzocht is welke kosten de zorgaanbieders maken op innovatie en duurzaamheid, en dat beide elementen dus ook niet verdisconteerd zijn in de maximum NZa-tarieven voor de zzp's GGZ-b. hoe zien de zorgkantoren dit in relatie tot het sector-overstijgende richttariefpercentage?	De NZa stelt op basis van kostenonderzoeken maximumtarieven vast. Als er een structurele verandering van kosten is, dan zal dat verdisconteerd zijn in de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. We verwachten dat zorgaanbieders kijken naar mogelijkheden om zorg op een doelmatige wijze te organiseren. Daarmee ontstaat er financiële ruimte voor vernieuwing en innovaties. Verder treft u in de regionale inkoopdocumenten aanvulling 2022 aan op welke wijze innovaties door u ingezet bij kunnen dragen aan passende en doelmatige zorg. Voor een nieuwe zorgprestatie m.b.t. innovatie wijzen wij u op de mogelijkheid voor financiering van innovaties via de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten van de NZa.
VID-1558	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Er heeft nog geen kostenonderzoek plaatsgevonden m.b.t. de nieuwe woonzorgprofielen GGZ-W die betrekking hebben op verblijf bij een zorgaanbieder van beschermd wonen. Hoe zien de zorgkantoren dit in relatie met het sector-overstijgende richttariefpercentage en de onderbouwing daarvan?	Wij baseren het richttariefpercentage op het NZa maximumtarief. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage verwijs ik u naar paragraaf 2.2.1 en bijlage 8 van het inkoopkader langdurig zorg 2021-2023. De NZa heeft de tarieven van 2021 berekend door gebruik te maken van de prestaties en tarieven GGZ ZP-b en oude GGZ ZP-c. De integrale GGZ woonzorgprestaties in de NZa beleidsregels 2021 zijn gelijk aan de maximale integrale GGZ ZP B tarieven. De NZa heeft aangegeven samen met zorgaanbieders na te gaan of deze bekostigingsmodellen toekomstbestendig zijn. De NZa kan opnieuw kostenonderzoek doen om waar nodig tarieven binnen de modellen te herijken. Meer informatie hierover kunt u terugvinden op de website van de NZa. De NZa maximumtarieven voor 2022 zijn nog niet bekend. Daarnaast willen we u er nogmaals op wijzen dat het gaat om een richttariefpercentage met aanpassingsmogelijkheden. Voor de exacte invulling verwijzen we u naar de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren.
VID-1559	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Op welke wijze gaan zorgkantoren bijdragen/ondersteunen bij de benodigd behoud en herontwikkeling van Intramuraal vastgoed voor de zwaardere doelgroepen?	Passende huisvesting bepaalt voor een belangrijk deel de kwaliteit van leven van mensen met een (langdurige) zorgvraag en is essentieel om de zorg voor de toekomst te borgen. Professionele vastgoedsturing is dan ook cruciaal als het gaat om het realiseren van optimale kwaliteit in verhouding tot de beschikbare middelen (rendement). We zien dat in GGZ Wlz vraag naar specialistische voorzieningen en capaciteitsvergroting voor specifieke doelgroepen met een complexe zorgvraag. Daarover gaan de zorgkantoren graag met de zorgaanbieders in gesprek.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1613	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	U noemt hier nogmaals het richtpercentage en het onderzoek naar reële tarieven. U geeft nadrukkelijk aan dat geïntegreerde GGZ organisaties niet meegenomen zijn bij het onderzoek naar de onderbouwing van het tarief. U geeft aan dat met het zorgkantoor onderhandeld kan worden zodat er wel een reëel tarief mogelijk is. Betekent dit dat het zorgkantoor het richtpercentage zonder maximumlimiet kan aanvullen als dat nodig blijkt?	In hoofdstuk 2 staat beschreven dat het richttariefpercentage gebaseerd is op de jaarcijfers uit 2019 van zorgaanbieders die >60% omzet in de Wlz hadden. GGZ-aanbieders die pas vanaf 2021 zorg verlenen in de Wlz en geïntegreerde GGZ-aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn daardoor niet in de berekening meegenomen. Het landelijke richttariefpercentage voor de langdurige zorg is het vertrekpunt van het zorgkantoor in zijn aanbod richting zorgaanbieders. Het gaat om een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden, waarbij het NZa maximumtarief de absolute bovengrens is. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven.
VID-1614	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	U noemt de hardheidsclausule waarop de aanbieder een beroep kan doen. De hardheidsclausule kijkt naar jaarrekeningen maar geeft daarbij onvoldoende inzicht in het tarief dat een aanbieder nodig heeft voor goede basiszorg. Kunnen we komen tot een ander instrument/ criterium om de onderhandeling over een reëel tarief te voeren?	Op dit moment passen we de tariefsystematiek niet aan.  Zorgkantoren erkennen dat ze een verantwoordelijkheid hebben voor de onderbouwing van de tariefpercentages. Daartoe zijn zij gekomen tot de methodiek van het richttariefpercentage op basis van historische gegevens. Het richttariefpercentage is iets anders dan het feitelijk afgesproken tariefpercentage met een aanbieder. Als u van mening bent dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.  Zorgkantoren staan open voor het gesprek over een alternatieve methodiek in de toekomst. Een alternatieve methodiek die ruimte biedt om de gewenste ontwikkelingen te stimuleren en die ook past binnen de kaders en bevoegdheden van zorgkantoren, zodat zij hun inkooprol goed kunnen vervullen.
VID-1991	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Waarom heeft u voor het bepalen van het richttariefpercentage voor de GGZ-sector geen gebruik gemaakt van beschikbare bronnen zoals de normatieve benadering vanuit de Nederlandse GGZ of 100% van de NZa-tarieven?	Met het NZa kostprijsonderzoek zijn de historische kostprijzen per prestatie in kaart gebracht. De NZa heeft vervolgens op basis van het gemiddelde een tarief per prestatie vastgesteld. Het onderzoek laat echter ook zien dat er een grote spreiding is in kostprijs per prestatie tussen aanbieders. Daarnaast heeft de NZa bij de tariefstelling niet gecorrigeerd voor ondoelmatigheid in de historische kostprijzen. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak om bij de zorginkoop wel te sturen op doelmatigheid. Dit doen zij onder andere door passende tariefafspraken te maken. Daarbij is door de voorzieningenrechter in de uitspraak van 1 oktober 2020 aangegeven dat het vaststaat dat zorgkantoren een lager tarief mogen hanteren dan het NZa maximumtarief. De zorgkantoren hebben nu een landelijk richttariefpercentage inclusief aanpassingsmogelijkheden opgenomen in het landelijke inkoopkader. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tarief voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0159	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.1 Welk zorgkantoor contracteert welke zorg?	In het inkoopkader staat het volgende: wij contracteren zorgaanbieders bij voorkeur rechtstreeks. Huidige onderaannemers kunnen, wanneer zij voldoen aan de voorwaarden, rechtstreeks met zorgkantoren een contract sluiten. Dit beperkt de administratieve lasten en verantwoordelijkheden van de hoofdaannemer, draagt bij aan de continuïteit van zorg en aan de herkenbaarheid van het zorgaanbod voor de klant. Vraag: kan dit op ad-hoc basis plaatsvinden? Bijvoorbeeld een (1) patiënt van ons wordt in zorg genomen bij een instelling. Deze instelling heeft op dat moment geen contract met het zorgkantoor, kan dan op dat moment een overeenkomst gesloten worden?	In paragraaf 4.7 'Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2022?' van het landelijk Inkoopkader langdurige zorg 2021 – 2023 Aanvulling voor 2022, wordt de mogelijkheid van tussentijds inschrijven voor 2022 vermeld. De betreffende instelling kan dan wellicht van deze mogelijkheid gebruik maken. We willen vragensteller er op wijzen dat de eisen voor de (tussentijdse) inschrijving landelijk zijn opgesteld maar de procedure van (tussentijdse) inschrijving qua uitvoering per zorgkantoor kan verschillen. In dit soort situaties verwijzen wij de instelling in kwestie ook naar het regionale deel van het zorginkoopkader van het betreffende zorgkantoor waar men in aanmerking wil komen voor een Wlz-overeenkomst.
VID-1518	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.1 Welk zorgkantoor contracteert welke zorg?	U contracteert zorgaanbieders bij voorkeur rechtstreeks. Als dat mogelijk is, vinden wij dit ook prettig. Wat is de reden dat voor verblijfsklanten GGZ-W het zorgkantoor met onderaannemers voor dagbesteding wel rechtstreeks een contract wil aangaan en dit niet (beperkt) kan voor inzet V&V (ook niet binnen de afspraak beperkte inzet onderaannemers)?	Als het gaat om intramurale zorg voor de V&V dan is dat niet mogelijk, omdat voor de sector V&V geldt dat het ZZP inclusief dagbesteding is. Zorgkantoren kunnen hierover niet apart een afspraak maken met onderaannemers. Met aanbieders die dagbesteding in MPT leveren, kunnen wij ook voor de V&V sector wel rechtstreeks contracteren.
VID-2301	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.3 Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	Wij hebben ons ingeschreven voor de tussentijdse inschrijving voor het jaar 2021, maar nog geen terugkoppeling gekregen. Mochten we geen tijdige reactie ontvangen op deze inschrijving, dienen we ons dan wederom als nieuwe zorgaanbieder in te schrijven voor het jaar 2022?	In principe zou u zich dan bij het betreffende zorgkantoor wederom als nieuwe zorgaanbieder moeten inschrijven voor het jaar 2022, maar wij raden u aan om hierover met het betreffende zorgkantoor contact op te nemen.
VID-0162	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.5 Wat moet u doen voor een Wlz- overeenkomst?	Voor bestaande aanbieders met een overeenkomst 2021-2023 geeft u aan dat zij voldoen en blijven voldoen aan de gestelde voorwaarden voor contractering 2022. Vraag: welke voorwaarden bedoelt u hiermee? Welk document bedoelt u hiermee?	Hiermee worden in eerste instantie de voorwaarden voor contractering bedoeld zoals opgenomen in de Bestuursverklaring 2022, maar ook die welke in de andere inkoopdocumenten voor 2022 zijn opgenomen.
VID-1328	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.5 Wat moet u doen voor een Wlz- overeenkomst?	Zien de op 28 mei 2021 gepubliceerde inkoopdocumenten enkel toe op de inkoop voor het jaar 2022 en worden er voor 2023 nieuwe inkoopdocumenten vastgesteld? Of zien de op 28 mei 2021 gepubliceerde inkoopdocumenten toe op de inkoop voor de jaren 2022 én 2023, waardoor er voor 2023 geen nieuwe inkoopdocumenten meer zullen worden vastgesteld?	Op 28 mei 2021 is de Aanvulling voor 2022 op het landelijk Inkoopkader Wlz 2021-2023 met bijlagen gepubliceerd. Deze documenten zien op het jaar 2022. Voor het jaar 2023 zullen er nieuwe inkoopdocumenten vastgesteld worden.
VID-1329	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.5 Wat moet u doen voor een Wlz- overeenkomst?	Wij gaan ervanuit dat er voor het jaar 2023 nieuwe inkoopdocumenten worden vastgesteld, en de inschrijver op dat moment bezwaar kan maken tegen hetgeen in de inkoopdocumenten is opgenomen aangaande het jaar 2023. Kunt u de juistheid van deze stelling bevestigen?	Er zal voor 2023 ook een Aanvulling op het meerjarig inkoopkader worden gepubliceerd. Net als voorgaande jaren kan er alleen bezwaar tegen de gewijzigde onderdelen van het inkoopkader en de bijlagen worden gemaakt. Voor de wijze waarop er bezwaar gemaakt zal kunnen worden, verwijzen wij naar de regionale delen van het zorginkoopkader die betrekking zullen hebben op het jaar 2023.
VID-1560	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.5 Wat moet u doen voor een Wlz- overeenkomst?	Wat gaat er gebeuren als er bezwaar is of een kort geding wordt gestart en er bij de situatie bij een reeds getekende overeenkomst 2021-2023 de instemmingsverklaring NIET wordt ingevuld om reden dat de zorgaanbieder niet akkoord gaat met de voorwaarden?	Het is aan ieder zorgkantoor afzonderlijk om te bepalen hoe het in een dergelijke situatie zal handelen.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0574	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.7 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2022?	Kunt u ons bevestigen dat indien een kort geding aanhangig wordt gemaakt de inkoopprocedure wordt opgeschort? Zo nee, waarom niet? Indien u niet bereid bent de inkoopprocedure op te schorten in afwachting van een vonnis in kort geding, wilt u dan bevestigen dat wij een inschrijving onder protest mogen indienen?	Wij verwijzen vragensteller hiervoor naar wat in de regionale delen van het zorginkoopkader van de betreffende zorgkantoren daarover is opgenomen.
VID-0312	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.8 Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring?	zorgkantoren behouden zich het recht voor een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen. Van zorgaanbieders/ potentiële inschrijvers wordt verwacht dat zij eventuele bezwaren uiterlijk op 17 juni 12:00 uur bekend hebben gemaakt. Wij zijn van mening dat deze termijn niet kan worden toegepast op correcties, aanpassingen of welke andere wijziging dan ook die na deze vervaltermijn wordt gecommuniceerd en behouden ons dan ook het recht voor om alsnog daar tegen bezwaar te maken.	Het gaat hier om correcties, wijzigingen of aanpassingen naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van de documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die een dusdanige invloed hebben dat zorgkantoren genoodzaakt zijn om aanpassingen door te voeren. Ten aanzien van de mogelijkheden om hiertegen bezwaar te maken, verwijzen wij naar de regionale delen van het zorginkoopkader van de betreffende zorgkantoren.
VID-1992	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.8 Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring?	Hoe kunnen zorgaanbieders antwoord krijgen op vragen die ontstaan naar aanleiding van de publicatie van de nota van inlichtingen en eventueel aangepaste documentatie?	Na 17 juni 2021, 12.00 uur is het niet meer mogelijk om vragen te stellen over de inkoopprocedure en bijbehorende documenten.
VID-1993	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.8 Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring?	De zorgkantoren hebben volgens deze paragraaf ruime mogelijkheden om de procedure of documenten te wijzigen op verschillende manieren. Zorgaanbieder neemt aan dat zorgkantoren hier alleen toe over zullen gaan vanwege zeer dringende redenen, na overleg met zorgaanbieders en daarnaast dat zorgaanbieders niet verplicht zijn om wijzigingen te accepteren en in geval dit zich voordoet de mogelijkheid hebben om bezwaar te maken en eventueel een kort geding te starten. VRAAG: Klopt dit? We zijn van mening dat zorgaanbieders moeten weten waar zij op inschrijven en dat het niet mogelijk moet zijn om eenzijdig vanuit de zijde van de zorgkantoren tussentijds significante aanpassingen te doen.	Het klopt dat wij dit alleen zullen toepassen in geval van onvoorziene omstandigheden zoals bijvoorbeeld wijzigingen van wet- en regelgeving en aanpassing van beleidsregels. Mocht dit zich voordoen dan zullen wij zorgaanbieders zeker op de hoogte stellen en dit in overleg doorvoeren. Ten aanzien van de mogelijkheden om hiertegen bezwaar te maken dan wel een kort geding aanhangig te maken, verwijzen wij naar de regionale delen van het zorginkoopkader van de betreffende zorgkantoren.
VID-0189	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.9 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Hoe oud mag de VOG RP zijn?	Nieuwe zorgaanbieders dienen een VOG RP aan te leveren die niet ouder is dan één jaar op het moment van inschrijving.
VID-0190	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.9 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Klopt het dat je als stichting geen UBO hebt en je dus niet in het UBO-register ingeschreven hoeft te staan?	Nee, dat is niet juist. Een stichting heeft ook (een) UBO('s) en moet deze inschrijven in het UBO-register.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2302	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.9 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	De naam van onze organisatie is kort geleden statutair gewijzigd. Een aantal documenten, zoals VOG RP, de melding nieuwe zorgaanbieder bij de IGJ, de WTZ-i toelating staan op de oude naam van de organisatie. Kunnen we voor de inschrijving alsnog gebruik maken van deze documenten?	Als de organisatie wat organisatievorm (juridische entiteit) en wat KvK-nummer betreft dezelfde is gebleven, is het gebruik van de betreffende documenten voor de inschrijving toegestaan. Uit het bij te voegen afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK moet duidelijk worden wat naast de nieuwe statutaire naam, de oude statutaire naam was. De zorgaanbieder moet daarnaast, daar waar mogelijk, bij de betreffende instanties nieuwe versies van de betreffende documenten opvragen voorzien van de nieuwe statutaire naam en deze, zodra hij ze heeft ontvangen, naar het/de betreffende zorgkanto(o)r(en) opsturen.
VID-2452	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	4.9 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	De VOG RP mag op moment van inschrijven niet ouder zijn dan 1 jaar en moet specifiek aangevraagd zijn t.b.v. deelname aan deze procedure. Wat is de reden dat de VOG RP specifiek voor deze procedure moet worden aangevraagd? Ik neem aan dat u overigens bedoelt: specifiek voor afsluiten contract/overeenkomst. Klopt deze aanname? Op website zijn er namelijk geen specifiekere mogelijkheden beschikbaar.	De reden is dat het Ministerie van Justitie en Veiligheid de VOG RP specifiek dient te beoordelen en af te geven met het oog op hetgeen waarvoor de VOG RP is aangevraagd. In het vrije veld bij de aanvraag moet worden aangegeven dat de VOG RP wordt aangevraagd ten behoeve van de deelname aan de Wlz-inkoopprocedure voor het jaar 2022.
VID-1981	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.1 Inleiding	Bij nieuwe ontwikkelingen en aanvullende voorwaarden wordt een Addendum Beleidskader gepubliceerd in september 2021. Stel dat daar voorwaarden in staan, waarmee de zorgaanbieder niet akkoord is. Kan het voorgenomen contract dan zonder consequenties voor de zorgaanbieder worden ontbonden?	Voor wat betreft de consequenties bij ontbinding van de overeenkomst zijn de bepalingen zoals opgenomen in de overeenkomst van toepassing.
VID-2069	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.1 Inleiding	In dit hoofdstuk worden speciale zorgsoorten toegelicht. Mogen we ervan uitgaan dat dit gedeelte straks volledig in de zorgtoewijzing 2022 wordt opgenomen?	Elementen die uit dit hoofdstuk relevant zijn voor de zorgtoewijzing worden aangepast in het Voorschrift Zorgtoewijzing 2022. We verwachten de publicatie van het Voorschrift Zorgtoewijzing 2022 in november 2021.
VID-0259	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.2 Specialistische zorg	Is de "toeslag voor observatie" ook voor de V&V-sector? Kunnen we hiervoor afspraken maken?	De observatietoeslag is volgens de vigerende NZa beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis niet van toepassing op de V&V sector.
VID-0313	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.2 Specialistische zorg	U benoemt hierbij onder meer de toeslag observatie. Voor zover ons bekend is deze alleen mogelijk in combinatie met zzp vg-5 tot en met vg-8 of lvg-3 tot en met lvg-5. Wij zien echter ook binnen andere doelgroepen/zzp's een toenemende vraag naar een dergelijk product voor multidisciplinaire en integrale beeldvorming/diagnostisch onderzoek. Welke mogelijkheden ziet het zorgkantoor daarvoor? Wij zouden graag de mogelijkheden voor een dergelijk product/toeslag nader met u bespreken in het inkoopproces.	Dit is binnen de vigerende NZa beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis niet mogelijk. Als u vindt dat deze toeslag ook voor andere ZZP's mogelijk moet zijn, kunt u dit bespreken met uw brancheorganisatie en overwegen een onderbouwd verzoek tot aanpassing in te dienen bij de NZa voor ZZP onderhoud.
VID-0523	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.2 Specialistische zorg	ZZP 9b VV: deze zorg kan alleen worden geleverd op een locatie/plaats waar behandeling wordt geboden: wat wordt hiermee bedoeld? Sinds december 2020 is de toelating (voor behandeling) per organisatie, en ook in de praktijk kan behandeling worden gegeven door een mobiel inzetbaar multidisciplinair behandelteam.	U kunt met uw zorginkoper in gesprek of uw locatie voldoet aan de omschrijving zoals weergegeven in de beleidsregel van de NZa en of er aanvullende inkoopvoorwaarden van uw zorgkantoor voor u gelden.
VID-1774	Aanvulling 2022 Inkoopkader	5.2 Specialistische zorg	Hoe moeten we de eisen zoals geformuleerd voor de ZZP VG7 lezen met betrekking tot de leveringsvorm VPT?	Deze eisen gelden in principe ook voor VPT.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
	langdurige zorg 2021-2023			
VID-0465	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.3 Zorg voor mensen met indicatie SGLVG en LVG 1 – 5	zorgkantoren zetten geen SGLVG indicatie over naar zorg thuis of een VG toewijzing. SGLVG klanten die uitstromen uit een behandelkliniek, stromen uit op basis van de inschatting dat zij een andere woonvorm aan kunnen. Dat blijkt niet altijd het geval te zijn. Een kortdurende overbrugging (ala de instroom overbruggingszorg) kan voorkomen dat er eindeloos papierwerk met het CIZ moet worden uitgewisseld. Waarom kiest het zorgkantoor voor deze administratief omslachtige oplossing?	Het is op grond van wet- en regelgeving niet toegestaan dat het zorgkantoor een SGLVG indicatie omzet naar zorg thuis of een VG toewijzing.
VID-0115	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.5 Wlz- behandeling	Het is mogelijk om verpleegkundig specialisten in te zetten, maar deze zijn niet vindbaar op de arbeidsmarkt. Is er financiering mogelijk als wij zelf verpleegkundig specialisten opleiden?	Dit is binnen de huidige financieringsystematiek niet mogelijk.
VID-0167	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.5 Wlz- behandeling	Aandachtspunten zorgkantoren bij Wlz Behandeling: Realiseer 24/7 bereikbaarheid van SO en AVG ter consultatie voor huisarts door gebruik te maken van technologie. Vraag: Is dit ook voor GGZ instellingen van toepassing?	Met de invoering van de Wlz hebben alle klanten binnen de Wlz recht gekregen op Wlz-behandeling. Onder medisch generalistische zorg wordt verstaan: de geneeskundige zorg zoals huisartsen, specialist ouderengeneeskunde (SO) en arts verstandelijk gehandicapten (AVG) in samenspel plegen te bieden, zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenden (24-uur beschikbaar, ook ANW). Deze zorg moet voor elke Nederlander die dit nodig heeft beschikbaar zijn, ongeacht of iemand wel of geen Wlz-indicatie heeft. De genoemde aandachtspunten (zoals 24/7 bereikbaarheid van SO en AVG) is dus ook van toepassing op de GGZ instellingen.
VID-1128	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.5 Wlz- behandeling	Wordt bij een aanvraag van meer-zorg het advies van het CCE en/of een collega-instelling bepalend voor het zorgkantoor om de meer-zorg aanvraag goed, dan wel af te keuren?	Het advies van het CCE en/of een collega-instelling is niet bepalend voor het zorgkantoor om een meerzorgaanvraag goed of af te keuren. U kunt hen wel benaderen voor advies over de zorginzet of meerzorgaanvraag voor een klant.
VID-1541	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.5 Wlz- behandeling	Kopje Aandachtspunten zorgkantoor: Welke inzet gaat het zorgkantoor hierop leveren? Mogen we een coördinerende, faciliterende rol hierin verwachten? En welke mogelijkheden ziet het zorgkantoor bij knelpunten? Ook de afspraken ihkv Wzd zullen hierin meegenomen moeten worden.	Zorgkantoren volgen de regionale ontwikkelingen op deze aandachtspunten en gaan waar nodig daarover het gesprek aan met de relevante partijen in de regio en passen daar hun rol op aan. Daarbij kunnen ook de Wzd afspraken betrokken worden.
VID-2309	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.5 Wlz- behandeling	De regionale samenwerking bij Wlz behandeling vraagt in het inkoopkader om een 24/7 bereikbaarheid van SO en AVG ter consultatie voor huisarts door gebruik te maken van technologie. Kan deze technologische consultatie dan ook gedeclareerd worden onder de H335?	Dit is volgens de beleidsregels van de NZa niet mogelijk. De NZa heeft dit in de coronatijd tijdelijk toegestaan. Zorgkantoren weten niet of de NZa dit structureel aanpast in de beleidsregels voor het jaar 2022. Wij verwijzen voor het antwoord op deze vraag naar de NZa beleidsregels die op 6 juli 2021 worden gepubliceerd.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0160	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.6 GGZ- behandeling	In het inkoopkader staat het volgende: we moedigen zorgaanbieders aan om zoveel mogelijk integraal verblijf en behandeling te leveren om zo optimale samenhangende zorg te bieden. Als een woonzorgaanbieder afspraken exclusief behandeling maakt, verwachten wij van deze zorgaanbieder dat deze een regierol vervult. Daarmee bedoelen wij dat de woonzorgaanbieder verantwoordelijk is voor de afstemming tussen de woonzorg, de specifieke behandeling en de GGZ-behandeling. De woonzorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat de benodigde behandeling integraal deel uitmaakt van de zorg aan de klant. De medische verantwoordelijkheid ligt bij de behandelaar zelf. Afspraken rondom coördinatie van behandeling willen we geborgd zien in geformaliseerde samenwerkingsafspraken tussen partijen. Vraag: heeft de zorgaanbieder de vrijheid om zelf afspraken te maken over de samenwerking zodat de aanbieder daarin meer maatwerk kan leveren en de administratieve lasten kan verminderen door alleen noodzakelijke zaken vast te leggen?	Ja, zorgaanbieders hebben enige mate van ruimte hoe de organisatie invulling geeft aan de regierol. Daarbij is het de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders om goede samenwerkingsafspraken te maken. In het landelijke inkoopkader hebben we geen vormvereisten gekoppeld aan deze samenwerkingsafspraken.
VID-0524	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.9 Mondzorg	Verantwoordelijkheden: de zorgaanbieder ziet er op toe dat de mondzorgprofessional niet meer tijd en geen andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. Hoe ziet het zorgkantoor de invulling van deze verantwoordelijkheid? De mondzorgprofessional declareert tandheelkundige kosten rechtstreeks bij het zorgkantoor, de zorgaanbieder heeft geen zicht op wat rechtstreeks gedeclareerd wordt.	Als dossierhouder is de verblijfsaanbieder verantwoordelijk voor de coördinatie van alle te leveren zorg. Ook als daarvoor een mondzorgprofessional wordt ingehuurd. De zorgaanbieder kan er op toezien dat de mondzorgprofessional de zorg verleent die het meest passend is voor de klant. De zorgaanbieder ziet er ook op toe dat de mondzorgprofessional niet meer tijd en geen andere, of meer, prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. De door de mondzorgprofessional geleverde zorg kan worden vastgelegd in het dossier van de betreffende klant. Daarmee kan dit inzichtelijk worden gemaakt. Daarnaast kunt u hierover samenwerkingsafspraken maken met de mondzorgprofessional.
VID-0799	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.9 Mondzorg	Mondzorg behoort tot de Wlz: "Klanten die verblijven op een plaats met behandeling hebben recht op mondzorg". Kunt u deze tekst aanpassen? Het lijkt er nu op dat mondzorg alleen geldt voor klanten die verblijven op een plaats met behandeling.	Voor klanten die verblijven op een Wlz-plaats met behandeling welke geleverd wordt door dezelfde instelling, wordt de mondzorg uit de Wlz betaald. Voor klanten die verblijven op een Wlz-plaats zonder behandeling wordt de mondzorg gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet als zij daarvoor verzekerd zijn. Dit is al opgenomen in het landelijke inkoopkader en daarom passen we de tekst niet aan.
VID-0800	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.9 Mondzorg	De tandarts kosten worden bovenbugettair vergoed. Geldt dit voor klanten die verblijven op een plaats voor zowel met als zonder behandeling? Graag verduidelijken / nader specificeren?	Dit geldt alleen voor klanten die verblijven op een Wlz-plaats met behandeling. Voor Verblijf zonder behandeling, VPT, MPT, PGB en combinatie PGB/MPT geldt dat de tandartskosten uit de Zvw worden gefinancierd. Dit staat beschreven in de eerste alinea van paragraaf 5.9.
VID-1561	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.9 Mondzorg	Er staat "De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt vastgelegd in het dossier van de betreffende klant. " Verduidelijkingsvraag: in het dossier van de betreffende klant: is dat het dossier bij de Wlz-zorgaanbieder of het dossier van de tandarts/mondzorgprofessional? Of is dit bewust niet specifiek genoteerd?	De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt zowel vastgelegd in het dossier van de klant bij de zorgaanbieder alsook in het dossier van de klant bij de mondzorgprofessional. Wij zullen dit nader specificeren in de tekst.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0801	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.11 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen	Er staat "zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling van alle bovenbudgettaire hulpmiddelen". Klopt dit? Is dit hetzelfde als aanvragen en opmeten van mobiliteitshulpmiddelen bij klanten die verblijven op een plaats voor zonder behandeling? Graag verduidelijken / nader specificeren?	De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de indicatiestelling van alle bovenbudgettaire hulpmiddelen. Het gaat hierbij om een aantal persoonsgebonden hulpmiddelen zoals pro- en orthesen, voetorthesen, compressiezorg, ligorthesen, niet standaard tilbanden, aangepaste krab-, pluk- en scheurpakken en communicatieapparatuur. Ook de mobiliteitshulpmiddelen zoals individueel aangepaste rolstoelen, scootmobielen en aangepaste fietsen dienen te worden geïndiceerd door de instelling. De paramedici van de instelling zijn vaak de personen die de indicatie verzorgen en de bovenbudgettaire hulpmiddelen (digitaal) aanvragen bij het zorgkantoor. Persoonsgebonden hulpmiddelen worden enkel verstrekt aan klanten met een Wlz-indicatie die behandeling én verblijf verzilveren binnen een Wlz-instelling. Mobiliteitshulpmiddelen worden verstrekt aan klanten die hun Wlz-indicatie verzilveren binnen een Wlz-instelling (met of zonder behandeling). Voor de indicatiestelling van mobiliteitshulpmiddelen voor klanten in een instelling zonder behandeling heeft de NZa per 2020 een component toegevoegd aan de betreffende ZZP's.
VID-0168	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.12 Opbaren overledenen in zorginstelling	De zorgaanbieder kan maximaal dertien mutatiedagen declareren op het moment dat de kamer leeg is achtergelaten als gevolg van overlijden. Vraag: Is dit ook voor GGZ Instellingen van toepassing?	Dit betreft NZa-beleid. In de vigerende NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis staat de nadere toelichting op de voorwaarden voor declareren mutatiedag omschreven. Deze prestatie is alleen van toepassing op de V&V sector.
VID-2249	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.12 Opbaren overledenen in zorginstelling	Zorgaanbieder kan deze mutatiedagen declareren bij zorgkantoor. Geldt dit ook voor VG instellingen?	Dit betreft NZa-beleid. In de NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis staat de nadere toelichting op de voorwaarden voor declareren van een mutatiedag omschreven. Dit is alleen van toepassing op de V&V sector.
VID-0525	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.13 Deeltijdverblijf	Deeltijdverblijf: er is geen compensatie voor leegstand. De suggestie om twee klanten week op-week-af gebruik te laten maken van één kamer past niet binnen de uitgangspunten van het kwaliteitskader en persoonsgerichte zorg; waarbij de omgeving (lees kamer) een herkenbare en dus persoonsgebonden plek is. Hoe gaat ZN werken een realistische bekostiging?	De NZa is voornemens de leegstand te vergoeden. Dit leest u in de beleidsregels 2022 die op 6 juli a.s. door de NZa worden gepubliceerd.
VID-2106	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.13 Deeltijdverblijf	Vraag 8: Waarom is deeltijdverblijf niet mogelijk voor klanten met een VPT?	Dit is niet mogelijk volgens de NZa vigerende beleidsregels prestatiebeschrijving en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis en volgens de beschrijving van deeltijdverblijf in het Wlz-kompas van het Zorginstituut.
VID-0314	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.14 Kennis-infrastructuur voor doelgroepen met 'laag volume, hoog complexe zorgvraag'	U geeft aan dat de Commissie Expertisecentra tot een aanwijzing tot expertise-centrum over zal gaan eind 2021. Wij zouden graag als een expertisecentrum voor de doelgroepen D-zep en gerontopsychiatrie worden aangewezen, maar kunnen in de inkoopdocumentatie geen nadere informatie vinden over de wijze waarop wij ons kunnen aanmelden of op andere wijze duidelijk kunnen maken dat wij hiervoor in aanmerking willen komen. Voor zover noodzakelijk gaan wij hierover graag nader het gesprek met u aan.	De Commissie Expertise Centra Langdurige zorg benoemt zorgaanbieders als expertisecentra. U kunt voor antwoord op uw vraag contact opnemen met de Commissie Expertise Centra Langdurige zorg via het e-mailadres: nanouk.botman@igh.com.



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1535	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.14 Kennis-infrastructuur voor doelgroepen met 'laag volume, hoog complexe zorgvraag'	Hoe wordt in aanloop naar contractering en bekostiging van expertisecentra (tweejarige fase) er in 2022 en 2023 door de zorgkantoren in de bekostiging (tariefstelling) al rekening gehouden met de expertisefunctie die reeds geboden wordt, een soort overbruggingsfinanciering?. Het betreft veelal bestaande expertisecentra die hiervoor al een organisatie hebben staan. En hiervoor al bijbehorende kosten maken. Dit valt niet binnen 'het gemiddelde van' Wlz-zorgverlening.	Zorgkantoren gaan op verzoek hierover gericht in gesprek. Er wordt vanuit de CELZ (Commissie Expertisecentra Langdurige Zorg) een transitiebudget beschikbaar gesteld per doelgroep. Daarnaast zien zorgkantoren dat - afhankelijk van de zorgvraag, de doelgroep en de context- zorgaanbieders aanvullende afspraken maken over de zorg. Er zijn verschillende inhoudelijke en bekostigingsopties denkbaar. Nu vindt bekostiging op meerdere manieren plaats: vanuit de reguliere ZZP-tarieven, met behulp van de meerzorgregeling, met beleidsregel Innovatie en/of met toeslagen. Een vaste en standaard manier van financiering is dus niet voorhanden.
VID-1850	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.14 Kennis-infrastructuur voor doelgroepen met 'laag volume, hoog complexe zorgvraag'	Is hieruit op te maken dat aansluiting bij een expertisecentra een verplichting is om vanaf 2023 of 2024 zorg te kunnen bieden voor deze 10 doelgroepen?	Nee, dat klopt niet. Er kan ook zorg aan klanten uit betreffende doelgroep worden verleend buiten de expertisecentra. De gedachte achter de ontwikkeling van de expertisecentra is wel dat het bundelen van expertise leidt tot betere zorg voor de klant.
VID-2177	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.14 Kennis-infrastructuur voor doelgroepen met 'laag volume, hoog complexe zorgvraag'	Hoe worden de expertisecentra geselecteerd? Welke criteria gelden daarvoor? Hoe kun je daar als zorgaanbieder voor in aanmerking komen?	De opdracht van de CELZ (de Commissie Expertisecentra Langdurige Zorg) is het voeren van regie over de inrichting van deze (kennis)infrastructuur. De CELZ beoordeelt de plannen van de werkgroepen rondom de 10 aandoeningen en adviseert VWS over de aanwijzing van de expertisecentra. Wilt u in aanmerking komen om expertisecentrum te worden, dan kun u het beste contact opnemen met de landelijke werkgroep. De zorgkantoren hebben geen formele rol in welke zorgaanbieders expertisecentrum worden. Wel initieert, begeleidt en volgt het zorgkantoor de gesprekken in de regio's over de invulling van het zorglandschap, waar de inrichting van de complexe zorg een onderdeel van is. De zorgkantoren zijn in overleg met VWS en NZa over de realisatie en financiering van de expertisecentra. Als voorbereiding op de start van de centra moeten afspraken worden gemaakt over benodigde financiering. Daarnaast vraagt de ontwikkeling van de expertisecentra om een aanpassing van de Regeling Langdurige zorg en een nieuwe beleidsregel vanuit de NZa. Het streven is dat deze medio juli '21 gereed zijn en per 2022 in werking treden.
VID-0169	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.15 Wzd en Wvggz	Met de invoering van de Wzd is een nieuwe functionaris ten behoeve van de klant, de CVP, vereist. Deze CVP Wzd ondersteunt de klant wanneer hij of zij in aanraking komt met het toepassen van onvrijwillige zorg. De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende CVP Wzd. De zorgkantoren verwachten dat de zorgaanbieders, die onvrijwillige zorg inzetten aan klanten die binnen de reikwijdte van de Wzd vallen, toegang tot een CVP geven. Vraag: Als een GGZ instelling de 'verkeerde bed prestatie' heeft ingericht moet de GGZ instelling dan ook verplicht een klantenvertrouwenspersoon Wzd aanstellen?	klantenvertrouwenspersonen (CVP) voor Wlz -zorg worden ingekocht door de zorgkantoren. Aangezien de CVP onafhankelijk van de zorgaanbieder zijn taken dient te verrichten kopen de zorgkantoren de functie van CVP regionaal in. De (GGZ-)Wlz-zorgaanbieder hoeft deze dus niet aan te stellen, maar kan gebruik maken van de diensten van de CVP van het zorgkantoor.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0543	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.15 Wzd en Wvggz	Minister van Ark heeft onlangs (half juni 2021) aangegeven dat verpleeghuizen de meerkosten voor uitvoering van Wzd moeten betalen uit kwaliteitsgelden. Hoe ziet het zorgkantoor dit? Hoe pakt dit volgens het zorgkantoor uit in de praktijk? Betekent dit dat kwaliteitsbevorderende doelen of activiteiten die we uit kwaliteitsgelden betalen niet kunnen doorgaan of afgeschaald moeten worden? Zo ja, worden daar dan ook eisen op bijgesteld?	Zorgkantoren zien dat met de kwaliteitsgelden activiteiten gefinancierd worden die bijdragen aan de doelstelling van de Wzd. Vanaf 2022 landt het grootste gedeelte van het kwaliteitsbudget in de tarieven voor de prestaties VPT en/of ZZP 4-10 VV. De NZa bepaalt in de beleidsregels de prestaties en de maximumtarieven. Op dit moment zien de zorgkantoren geen aanleiding om de tariefpercentages aan te passen, noch om eventuele eisen bij te stellen.
VID-1321	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.15 Wzd en Wvggz	Op pagina 50 staat het volgende vermeld: De eisen aan een IBS-bed op grond van de Wzd wijken iets af van de reguliere crisisplekken. Niet elke crisisplek is ook geschikt voor mensen met een Wlz-indicatie en IBS. In samenwerking met de zorgbranches hebben we criteria opgesteld specifiek voor IBS. Deze zijn terug te vinden in het Voorschrift Zorgtoewijzing 2022.  Waarom worden deze eisen pas zo laat bekend gemaakt? Het Voorschrift Zorgtoewijzing verschijnt pas eind 2021, begin 2022. Als wij aanpassingen moeten doen aan ons IBS-bedden horen wij dat graag eerder.	De gesprekken met de branches lopen op dit moment nog. Zorgkantoren streven naar publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing 2022 in november 2021.
VID-1536	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.15 Wzd en Wvggz	Hier staat WvGGZ genoemd. Het is overduidelijk dat de administratieve lasten toenemen vanuit de WvGGZ die ook van toepassing op patiënten in de GGZ en de Wlz. Op welke wijze wordt er (via tarief) gecompenseerd voor dit extra werk? In de Zvw is hier een verrichting/opslag voor. Niet alle aanbieders in de Wlz leveren werkzaamheden voor de WvGGZ incl. bijbehorende taken/inzet/functies. Valt dit onder het 'gemiddelde' van de Wlz-zorgaanbieder volgens jullie? Of is dit specifiek?	Het is mogelijk voor zorgaanbieders om binnen beide wetten zorg te leveren. Indien een zorgaanbieder zorg levert aan mensen waarop de Wzd van toepassing is en mensen waarop de WvGGZ van toepassing is, dienen beide wettelijke kaders te worden uitgevoerd. Wij zien ook de uitdagingen die dit met zich meebrengt maar achten het uitvoeren van de twee wettelijke kaders in een organisatie niet onuitvoerbaar. Zorgkantoren zetten zich in om betrokken te zijn bij de voorgenomen wetgeving rondom de Wzd en WvGGZ om zo de uitvoerbaarheid te vergroten. Het is aan de NZa om mogelijke extra uitvoeringskosten van Wzd en WvGGZ vast te stellen en hierop een passend tarief te baseren.
VID-1994	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.15 Wzd en Wvggz	Wat wordt bedoeld met WvGGZ valt onder de Zvw? Graag lezen we in uw antwoord terug wat onder maatwerk voor zorgprofiel 5 (pagina 52) staat dat zorgaanbieders moeten voldoen aan de WvGGZ ongeacht het geïndiceerde GGZ-profiel.	Alle aspecten van de uitvoering van de WvGGZ zijn onderdeel van de Zvw, dit geldt dus ook voor Wlz-klanten met een indicatie voor de GGZ-W profielen én gedwongen zorg/opname. De GGZ-Wlz-zorgaanbieder moet voor deze groep klanten voldoen aan de eisen van de WvGGZ. Dat is wat we bedoelen met de laatste zin op pagina 52.
VID-2285	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.15 Wzd en Wvggz	Gelden voor crisisbedden Wzd dezelfde regelingen als de reguliere crisisbedden?	In het Voorschrift Zorgtoewijzing 2022 leest u de verschillen qua proces tussen reguliere crisiszorg en Wzd-crisiszorg. Vooralsnog is de prestatiestructuur en bekostiging van Wzd-crisiszorg opgenomen onder de bestaande crisisprestaties in de Wlz. Als er wijzigingen volgen in wet- en regelgeving of prestaties rondom Wzd-crisiszorg, zullen zorgkantoren hier invulling aan geven. We verwachten de publicatie van het Voorschrift Zorgtoewijzing 2022 in november 2021.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-2310	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.15 Wzd en Wvggz	De Wzd leidt tot hogere kosten voor Wlz V&V instellingen. Hoe worden deze kosten gecompenseerd?	Zorgkantoren zien dat met de kwaliteitstoeslag activiteiten gefinancierd worden die bijdragen aan de doelstelling van de Wzd. Vanaf 2022 landt het grootste gedeelte van het kwaliteitsbudget in de tarieven voor de prestaties VPT en/of ZZP 4-10 VV. De NZa bepaalt in de beleidsregels de prestaties en de maximumtarieven. Wij volgen de beleidsregels. Op dit moment zien geen reden om de tariefpercentages aan te passen. In de recente brief van minister van Ark aan de NZa ( <a href="https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2021Z10501&amp;did=2021D22955">https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2021Z10501&amp;did=2021D22955</a> ) is opgenomen welke opdracht VWS aan de NZa geeft over de compensatie van de extra kosten vanwege de invoering van de Wzd.
VID-2450	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.15 Wzd en Wvggz	In het Voorschrift Zorgtoewijzing 2022 worden specifieke criteria opgesteld specifiek voor IBS en Wlz-indicatie. Vraag: zorgaanbieders hebben voldoende tijd nodig om deze te implementeren en borgen. Als 1-1-2022 niet haalbaar blijkt, Kunnen hierover redelijke afspraken worden gemaakt met het zorgkantoor?	zorgkantoren maken afspraken over de inkoop van Wzd-crisis zorg (en specifiek voor IBS-opnames) met door hen geselecteerde zorgaanbieders, die in 2020 en 2021 hebben bewezen deze zorg te leveren. Zorgaanbieders die deze crisiszorg willen gaan leveren, verwijzen wij naar hun zorgkantoor/zorginkoper om daarvoor specifieke afspraken (ook met betrekking tot een redelijke implementatietermijn) te maken.
VID-0802	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.16 Crisiszorg V&V en GZ	Regionale coördinatiefuncties zijn essentieel om de zorg te organiseren. Vanuit de Zvw wordt een gedeelte van de kosten coördinatiefunctie gefinancierd. Hoe ziet de bijdrage vanuit de langdurige zorg er uit?	Op dit moment is er geen structurele financiering vanuit de Wlz om aan te kunnen sluiten bij de coördinatiefunctie die vanuit de Zvw gefinancierd wordt. Hetzelfde geldt voor de Wmo, waaruit respijtverblijf gefinancierd wordt. De meeste zorgkantoren hebben de afgelopen jaren (een deel van) de transitie middelen ingezet om die aansluiting te financieren. We zijn in gesprek met landelijke partijen om tot structurele financiering te komen.
VID-1851	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.16 Crisiszorg V&V en GZ	Heeft de Wlz een rol, en zo ja welke, bij de coördinatiefuncties vanuit de Zvw?	Wlz-zorgaanbieders kunnen zeker een rol spelen in aanvulling op de organisatie van de coördinatiefunctie vanuit de Zvw. Zorgkantoren juichen dit toe, maar hebben nog geen structurele financiering voor de inzet die dat van de Wlz-zorgaanbieders vraagt. Wij zijn in gesprek met landelijke partijen om tot structurele financiering te komen.
VID-1562	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.17 Inkoop van beveiligde bedden in de Wlz	zorgkantoren zijn samen met zorgaanbieders in gesprek met de NZa over passende prestaties en tarieven. Geldt hier dan niet het richttariefpercentage? En waarom niet? Wat is hier afwijkend? En hoe zorgen de zorgkantoren dat er voldoende beveiligde bedden in de Wlz zijn voor de GGZ en dat daar ook in voldoende mate naar kan worden doorgeplaatst vanuit GGZ instellingen die deze beveiligde bedden niet hebben maar wel een klantenpopulatie met meerzorg en zorgbeveiliging?	Zorgaanbieders hebben aangegeven dat de huidige prestaties en tarieven zoals vastgesteld door de NZa niet passend zijn. Daarover zijn we nu in gesprek. Mogelijk gaat dit leiden tot een aanpassing van de prestaties en tarieven vanuit door de NZa. Als zorgkantoren geven wij invulling aan gewijzigde wet- en regelgeving zodra die beschikbaar komt. Daarbij blijft het richttariefpercentage het uitgangspunt voor het aanbod richting zorgaanbieders.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0466	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.18 Beveiligde zorg voor klanten met een psychische aandoening binnen de Wlz	Het zorgkantoor stelt dat klanten met een psychische aandoening onder de WvGGZ vallen. Echter veel klanten hebben multiproblematiek en VG is niet altijd gediagnosticeerd voor het 18e levensjaar. Deze klanten krijgen nu een GGZ-W, maar passen qua problematiek in een VG instelling. Vindt het zorgkantoor dat een instelling 2 wetten moet uitvoeren? En hoe wordt dat bekeken in het kader van de administratieve lastenverlichting?	U heeft gelijk dat klanten te maken kunnen hebben met multiproblematiek en dat sommige klanten met een GGZ-W indicatie qua problematiek beter passen in een VG instelling. Als er niet voor het 18e levensjaar een VG is gediagnosticeerd en de klant krijgt onvrijwillige zorg, dan zal de klant verplichte zorg vanuit de WvGGZ ontvangen. De WvGGZ geldt voor alle mensen met een psychiatrische aandoening en eerste grondslag GGZ. Beide wetten stellen de behandeling van de klant voorop, die moet op de juiste plek de beste zorg krijgen. Het is mogelijk voor zorgaanbieders om binnen beide wetten zorg te leveren. Indien een zorgaanbieder zorg levert aan mensen waarop de Wzd van toepassing is en mensen waarop de WvGGZ van toepassing is, dienen beide wettelijke kaders te worden uitgevoerd. Wij zien ook de uitdagingen die dit met zich meebrengt maar achten het uitvoeren van de twee wettelijke kaders in een organisatie niet onuitvoerbaar. Zorgkantoren zetten zich in om wetgeving rondom Wzd en WvGGZ af te stemmen om zo de uitvoerbaarheid te vergroten.
VID-1615	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.18 Beveiligde zorg voor klanten met een psychische aandoening binnen de Wlz	zorgkantoren geven aan dat zorgaanbieders voor afspraken voor GGZ W5 klanten moeten voldoen aan de voorwaarden forensische zorg niveau 1. Omdat het om langdurige GGZ zorg gaat, is de vraag waarom hier niet gekozen is voor beveiligingsniveau GGZ zorg niveau 1?	De zorgkantoren sluiten juist aan bij de beveiligingsniveaus zoals deze ook binnen de GGZ worden toegepast. Dit betekent echter niet dat klanten ook een forensische maatregel hebben.
VID-2174	Aanvulling 2022 Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023	5.18 Beveiligde zorg voor klanten met een psychische aandoening binnen de Wlz	In de inkoopkader staat dat verplichte zorg aan klanten met een grondslag psychische aandoening valt onder de Wet verplichte GGZ. Om verwachtingen te managen vullen we graag aan dat het hier wel alleen kan gaan om dwang als de psychiatrische problematiek van de persoon 1 op 1 verband houdt met het ernstig nadeel. Kunt u dit aanvullen?	In paragraaf 5.15 van het landelijke inkoopkader staat dit duidelijk benoemd. Hier staat het volgende: De WvGGZ regelt de rechten van mensen die te maken hebben met verplichte zorg vanwege een psychische aandoening. Deze aandoening kan leiden tot gedrag dat ernstig nadeel (gevaar) veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. Als er geen vrijwillige zorg mogelijk is om dat ernstige nadeel weg te nemen, kan de rechter hen verplichte zorg opleggen via de WvGGZ.
VID-0088	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2022-2023	DEEL I: ZORGAANBIEDER GEBONDEN DEEL	Pagina 3: Wanneer is het Voorschrift Zorgtoewijzing 2022 beschikbaar? Deze zit niet bij de bijlage bij de inkoopdocumenten.	Voor het Voorschrift Zorgtoewijzing Wlz 2022 is de verwachting dat deze in november 2021 gepubliceerd wordt.
VID-0130	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2022-2023	DEEL I: ZORGAANBIEDER GEBONDEN DEEL	Ditmaal vinden wij bij de bijlagen geen format om de onderaannemers op in te vullen. Waar kunnen we deze opgeven/invullen?	Afhankelijk van uw situatie moet de Bestuursverklaring (Bijlage 3A) of de Instemmingsverklaring (Bijlage 3B) bij de inschrijving worden ingediend. De Bestuursverklaring bevat een bijlage 2: Onderaannemerschap, waarop de onderaannemers moeten worden opgegeven als de zorgaanbieder voornemens is in 2022 te werken met onderaannemers. De Instemmingsverklaring bevat een bijlage 1: Onderaannemerschap, waarvoor hetzelfde geldt.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1519	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2022-2023	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Kunt u bevestigen dat als bestaande aanbieder we geen bestuursverklaring en ook geen ondernemingsplan (meer) hoeven aan te leveren?	Dat kunnen wij zo in zijn algemeenheid niet bevestigen. De vragensteller dient goed kennis te nemen van paragraaf 4.5 Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst? van het landelijk Inkoopkader langdurige zorg 2021 – 2023 Aanvulling voor 2022 (zie ook paragraaf 4.3 voor de definities van bestaande en nieuwe zorgaanbieder). In paragraaf 4.5 is aangegeven dat bij de inschrijving onderscheid wordt gemaakt tussen de bestaande en nieuwe zorgaanbieders en tussen de verschillende soorten bestaande aanbieder. In de paragraaf wordt toegelicht welke documenten in de betreffende situaties moeten worden ingediend.
VID-1882	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2022-2023	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 16 UBO is een nieuw artikel, wat wordt met dit artikel beoogd?	Het UBO-register is in september 2020 in werking getreden. Naast dat de zorgaanbieder in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel ingeschreven moet staan, moet hij ook zijn Ultimate beneficial owner(s) (UBO('s)) – zijn uiteindelijke belanghebbende(n) – in het UBO-register inschrijven. Met het UBO-artikel wordt beoogd de integriteit van het financiële stelsel te handhaven. Om risico's daaromtrent te beheersen wil het zorgkantoor onderzoek kunnen doen naar de identiteit van de zorgaanbieder. Daarom is het artikel inzake de UBO in de overeenkomst opgenomen.
VID-2217	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2022-2023	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Om te verklaren dat een uitsluitingsgrond niet van toepassing is, moet je hier een vinkje zetten bij de tekst welke aangeeft dat een bestuurder of een van de andere genoemde personen veroordeeld is. Dit is heel erg onlogisch. Wat is de reden om dit zo onlogisch in te richten in de Bestuursverklaring?	De inrichting en formulering zijn op zich duidelijk. Door het betreffende hokje aan te vinken verklaart de organisatie dat de betreffende uitsluitingsgrond niet van toepassing is.
VID-0842	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2022-2023	Hoofdstuk 4: Controle	Wordt er standaard wettelijke rente gerekend over onterecht uitgekeerde betalingen?	Of vanaf het moment dat wettelijke rente in rekening gebracht kan worden, dat ook altijd gebeurt, hangt af van het beleid in dit opzicht van het betreffende zorgkantoor.
VID-1777	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2022-2023	Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling	Artikel 16 lid 3: Het zorgkantoor vraagt om wijzigingen t.a.v. UBO tijdig te melden. Kunt u in weken of maanden aangeven wat u onder tijdig verstaat?	Wat onder tijdig wordt verstaan, is aangegeven in lid 3 van artikel 16 zelf. Daar staat dat de melding zodanig tijdig dient te geschieden dat het zorgkantoor in staat is de onderzoeken, als bedoeld in lid 2, voorafgaande aan de wijziging af te ronden.
VID-0164	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2022-2023	Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen	Artikel 19 lid 4: Indien het zorgkantoor, in de gevallen genoemd in lid 3, tot opzegging met onmiddellijke ingang overgaat, is de zorgaanbieder jegens het zorgkantoor verplicht tot vergoeding van de schade die door opzegging ontstaat. Het zorgkantoor is bij beëindiging, op welke wijze dan ook, van deze overeenkomst geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de zorgaanbieder verschuldigd. Vraag: hoe kan deze (kennelijke) ongelijkheid/onevenwichtigheid in de overeenkomst volgens u worden gerechtvaardigd? Wij stellen deze vraag nogmaals. In de Nvl van 2021 is deze vraag ons inziens onvoldoende beantwoord.	Wij zijn van mening dat deze vraag in de Nota van Inlichtingen van 2021 voldoende is beantwoord. Daarin hebben wij aangegeven dat deze bepaling in de overeenkomst identiek is aan de bepaling in 2018 – 2020 en daarmee continuering van beleid betreft.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0843	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2022-2023	Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen	M.b.t. artikel 18: Hoe zit het met de positie van de zorgaanbieder als wederpartij? Kan zij eveneens gebruik maken van het recht tot ontbinding als gevolg van niet-nakoming contractuele verplichtingen alsook het zorgkantoor in gebreke stellen?	In het Burgerlijk Wetboek zijn bepalingen opgenomen over het niet nakomen van een verbintenis, ingebrekestelling en ontbinding. Deze wettelijke bepalingen zijn voor de zorgaanbieder als wederpartij in de overeenkomst niet uitgesloten.
VID-0844	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2022-2023	Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen	M.b.t. artikel 18 lid 4: De huidige formulering leidt tot rechtsonzekerheid bij wederpartij, waarom kan er niet voor worden gekozen er een uitputtende lijst van te maken én er expliciet bij te vermelden dat de maatregelen in redelijkheid worden genomen en niet dan nadat partijen eerst in overleg zijn getreden. Vraag verder, t.a.v. de korting: geldt dit inzake de tarieven over de nog te verrichten prestaties? Of over de reeds verrichte prestaties?	Deze bepaling in de overeenkomst was ook al opgenomen in de overeenkomst(en) betreffende de jaren 2018 - 2020 en is daarmee continuering van bestaand beleid. Verder wijzen wij erop dat aan het begin van Deel III: Algemeen deel is opgenomen dat bij de toepassing van de overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid.  Bij de vraag of de in lid 4 bedoelde korting de tarieven van de nog te verrichten prestaties betreft en/of die van de reeds verrichte prestaties, spelen de omstandigheden van het geval een rol en het beleid in dezen van het betreffende zorgkantoor.
VID-0087	Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2022	DEEL I: ZORGAANBIEDER GEBONDEN DEEL	Waarom is er onderscheid in overeenkomsten? Bijlage 1 is overeenkomst 2022 - 2023, bijlage 2 is overeenkomst 2022. Is bijlage 2 nog wel van toepassing?	In paragraaf 4.4 'Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?' van het landelijk Inkoopkader langdurige zorg 2021 – 2023 Aanvulling voor 2022 (zie ook paragraaf 4.3 voor de definities van bestaande en nieuwe zorgaanbieder) is aangegeven welke scenario's de meeste zorgkantoren hanteren voor het toekennen van de overeenkomsten (éénjarig/meerjarig). Daarbij is nadrukkelijk aangegeven dat een zorgkantoor andere voorwaarden kan aanhouden. Wanneer dat het geval is, is dat in het regionale deel van het zorginkoopkader van het betreffende zorgkantoor vermeld. Het regionale deel van het zorginkoopkader van het betreffende zorgkantoor dient hier dan ook goed op nagekeken te worden. Uit paragraaf 4.4 blijkt dus dat bijlage 2 Overeenkomst 2022 nog wel degelijk van toepassing is.
VID-0122	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	U gaat uit van een richttarief waarbij 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat heeft. Daarbij definieert u resultaat als de operationele winstmarge, dus als winst +/- rente. Bent u het met ons eens dat in de praktijk bij een richttariefpercentage van 95,8% meer dan 25% van de zorgaanbieders een negatief resultaat haalt als ook de rente wordt meegenomen in het resultaat? In hoeverre strijdt dit met uw berekening en stelling dat 75% van de zorgaanbieders een positief of neutraal resultaat haalt?	De wijze om de winst voor rente en belastingen (EBIT) mee te nemen in de berekening is een methodische keuze. Wij hebben ook de methodiek met winst voor belastingen (EBT) doorgerekend. Hieruit bleek dat de rente gemiddeld een positief effect heeft. Meer aanbieders (77% in plaats van 75%) draaien dus positieve of neutrale resultaten indien wij uitgaan van de winst voor belastingen (EBT). Als u van mening bent dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijke benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0123	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Onze organisatie heeft er voor gekozen om huisvesting in eigen beheer te bouwen. Hiervoor zijn leningen afgesloten en is de rente ca. 1% van de omzet. Als gevolg van de rekenmethode inzake een positieve of neutrale operationele winstmarge, waardoor het richttariefpercentage daalt, stimuleert u ons om minder te lenen en derhalve minder te investeren. Is dit het doel van de verlaging van het richttariefpercentage?	De methodiek die is gehanteerd voor de berekening van het richttariefpercentage heeft vanzelfsprekend niet als doel het lenen van geld en daarmee investeringen te ontmoedigen. De wijze om de winst voor rente en belastingen (EBIT) mee te nemen in de berekening is een methodische keuze. Wij hebben ook de methodiek met winst voor belastingen (EBT) doorgerekend. Hieruit bleek dat de rente gemiddeld een positief effect heeft. Meer aanbieders (77% in plaats van 75%) draaien dus positieve of neutrale resultaten indien wij uitgaan van de winst voor belastingen (EBT).
VID-0131	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Bij het bepalen van het richttariefpercentage is gebruik gemaakt van data uit 2019 en van aanbieders met de meerderheid van de inkomsten uit de Wlz. Op welke wijze is dit volgens u representatief voor/toepasbaar op de Wlz GGZWonen aanbieders, aangezien deze sector pas bestaat sinds 1 januari 2021 en veelal diverse inkomstenbronnen heeft?	Aanbieders die in 2019 niet of beperkt actief waren in de Wlz zijn niet meegenomen in de onderbouwing van het richttariefpercentage. Hetzij omdat er geen gegevens zijn, hetzij omdat de gegevens van aanbieders met een groot deel van de omzet buiten de Wlz de uitkomsten zou vertroebelen. Voor de groep GGZ Wonen aanbieders die daardoor in totaal niet konden worden meegenomen betekent dit dat niet kan worden gesteld of de uitkomst van de analyses representatief zijn voor deze groep. Het richttariefpercentage kan voor deze groep zowel te hoog als te laag zijn. Mede om deze reden is het mogelijk om af te wijken van het richttariefpercentage om tot passende afspraken te komen. Zie hiervoor de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren.
VID-0132	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Er is gekozen voor een richttariefpercentage, waarbij 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft. Dit betekent dat dit voor 25% van de bestudeerde aanbieders niet het geval is. Wat is de onderbouwing en verantwoording van de keuze voor een tarief waarbij 25% van de aanbieders een negatief resultaat heeft?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttarief dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit passend is. Als 75% van de aanbieders zorg kan verlenen voor het richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. Indien de gehanteerde tariefssystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijke inkoopkader 2022. Zie daarnaast tevens de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren.
VID-0133	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Er is gekozen voor een richttariefpercentage, waarbij 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft. Dit betekent dat dit voor 25% van de bestudeerde aanbieders niet het geval is. Komt de continuïteit van zorg voor klanten hierdoor niet in gevaar?	Nee, wij gaan er vanuit dat de continuïteit van zorg voor onze klanten is geborgd. Voor de zorgkantoren staat voldoende passende zorg van de juiste kwaliteit voorop. We hechten daarbij ook waarde aan een doelmatige inzet van de beschikbare middelen om zo de toegang tot zorg zowel nu als in de toekomst te borgen. Indien de gehanteerde tariefssystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijke inkoopkader 2022.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0188	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Kunt u nader toelichten hoe u met deze methode aan uw motiveringsplicht heeft voldaan en hoe u hierbij ook rekening houdt met kostenstijgingen in de GGZ?	Zorgkantoren zijn van mening dat zij met de onderbouwing van het richttarief zoals opgenomen in het inkoopkader en bijbehorende bijlage 8 zo maximaal mogelijk invulling hebben gegeven aan hun motiveringsplicht. Wij zijn transparant over de gehanteerde methode en gebruikte data en de keuzes die hierin zijn gemaakt. Voor de verwerking van kostenstijgingen in de tarieven van een specifieke sector is de NZa verantwoordelijk. Zij indexeren hiertoe jaarlijks de maximumtarieven. Deze volgen de zorgkantoren. Wanneer dit onvoldoende is, bijvoorbeeld vanwege inhoudelijke ontwikkelingen, is het aan de NZa om de maximumtarieven hiervoor te herijken.
VID-0286	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Hoe bent u op basis van de cijfers uit de jaarrekeningen tot een berekening van het richttarief gekomen?	Dit staat toegelicht in bijlage 8. Voor de berekening van het richttariefpercentage zijn verschillende stappen doorlopen waarbij gebruik is gemaakt van gegevens in de jaarverslagen van 2019, het meest recent afgesloten boekjaar waarover de gegevens reeds beschikbaar zijn. 1. Selectie data: alle aanbieders met een omzet van meer dan 50.000 euro en meer dan 60% omzet in de Wlz zijn geselecteerd. Op deze manier hebben aanbieders voldoende omzet en voldoende Wlz-omzet om financiële effecten van andere inkomstenbronnen zo veel mogelijk te dempen. 2. Berekening huidige operationele winstmarge per aanbieder: dit is nodig voor het onderling vergelijkbaar maken van zorgaanbieders. Dit doen wij via de formule (Resultaat - rente) / omzet. 3. Vaststelling percentage aanbieders met neutrale / positieve winstmarge in 2019: uit onze berekening van de operationele winstmarges volgt dat dit gemiddeld 83% was in 2019. Uit de jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. 4. Vaststelling percentage aanbieders dat een neutrale / positieve winstmarge moet kunnen bereiken met het richttariefpercentage: uitgangspunt is dat dit prikkelt tot meer doelmatigheid dan in het verleden zonder een ongewenste negatieve impact op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Met de keuze voor 75% zitten we iets onder het niveau van 2019, maar bewust boven het niveau waar de GGZ zich in 2019 (zie Intrakoop) bevond. 5. Berekening richttariefpercentage: het richttariefpercentage is vastgesteld op het niveau waarmee 75% van de aanbieders een neutrale of positieve operationele winstmarge behaalt.



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0289	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	In het onderzoek voor de onderbouwing van het richttariefpercentage worden alleen zorgaanbieders met een omzet van meer dan €50.000 meegenomen die meer dan 60% van de omzet in de Wlz hebben (ook bijlage 8). Hierdoor wordt een grote groep zorgaanbieders buiten beschouwing gelaten, waarvoor de uitkomsten anders uit kunnen pakken. Hoe toont u aan dat ook voor zorgaanbieders die buiten het onderzoek vallen hetzelfde richttarief voldoende is voor het leveren van goede zorg?	Zorgkantoren hebben ervoor gekozen om dit selectie criterium toe te passen om het effect van positieve of negatieve resultaten uit andere financieringsbronnen te beperken. Op deze manier krijgen wij een voor de Wlz zo representatief mogelijk beeld van wat een reëel tariefpercentage in de Wlz is. Gezien de grote spreiding in resultaten tussen zorgaanbieders is het echter niet mogelijk om een voor iedere aanbieder passend tariefpercentage te komen dat tevens doelmatig is. Daarom werken wij met een richttariefpercentage dat de mogelijkheid biedt tot aanpassingsmogelijkheden. Wij verwijzen u hiervoor naar het regionale inkoopbeleid van de zorgkantoren. Komt u niet uit met het tariefpercentage dan bestaat de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U wordt dan wel gevraagd om aan te tonen dat het richttariefpercentage in uw specifieke situatie niet voldoende is. Ook hiervoor verwijzen we u tevens naar de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren.
VID-0294	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	In de modeljaarrekeningen komen de termen resultaat en rente niet voor. Welke onderdelen van de modelrekeningen worden gebruikt voor de berekening en onderbouwing?	De zorgkantoren hebben gebruik gemaakt van de jaarcijfers van Intrakoop. Voor het resultaat is gekeken naar 'resultaat_verslagjaar' en voor rente is gekeken naar de 'rentebaten' minus de 'rentelasten'.
VID-0298	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Hoe wordt in uw onderbouwing van het richttarief rekening gehouden met de regel van de NZa dat alleen al voor het NHC/NIC stuk op 30% van de boekwaarde een vergoeding voor financiering met eigen vermogen van 6% zou moeten overblijven?	Hier is in de berekening van het richttariefpercentage geen rekening mee gehouden. De vergoeding voor NHC/NIC is 100% voor 2022.
VID-0299	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Hoe houdt u in de berekening van het richttariefpercentage rekening met de gewijzigde omstandigheden van 2022 tov 2019?	We maken afspraken over de maximumtarieven 2022. De NZa heeft de tarieven vanaf 2019 jaarlijks geïndexeerd om te compenseren voor gewijzigde omstandigheden. Zorgkantoren volgen deze indexatie.
VID-0302	Bijlage 8 Onderbouwing	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het	Hoeveel aanbieders behalen een neutraal resultaat, hoeveel aanbieders een positief resultaat en hoe hoog is dat positieve resultaat gemiddeld?	20% van de aanbieders had een resultaat van 0-2%. Bij 55% was het resultaat groter dan 2%. Gemiddeld is het positieve resultaat 7,38%.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
	Richttariefpercentage	richttariefpercentage, waarbij de 75% van de Wlz-aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft		
VID-0304	Bijlage 8 Onderbouwing Richttariefpercentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercentage, waarbij de 75% van de Wlz-aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Hebt u gecorrigeerd voor vertekende resultaten in de jaarrekening 2019 door een wijziging in de regels van de jaarverslaglegging met betrekking tot de verantwoording van groot onderhoud?	Gedeeltelijk. Uit onderzoek in de jaarrekeningen van 2019 is het volgende gebleken: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het effect van de vrijval van de groot onderhoudsvoorziening is slechts bij een aantal aanbieders aanwezig, waardoor het effect gedeeltelijk wordt uitgesmeerd over de landelijke dataset.</li> <li>- Niet alle aanbieders gebruikten op voorhand al dezelfde methodiek voor het wegboeken van groot onderhoud (componentenbenadering/onderhoudsvoorziening/via de winst/verliesrekening). Het effect van deze stelselwijziging is daarmee dan ook voor iedere aanbieder anders.</li> <li>- Onderhoudsvoorziening: Accountants verwerken de eventuele vrijval van voorzieningen soms (ongezien) in de kostenposten en soms via bijzondere/uitzonderlijke baten en/lasten, dan wel via een directe overboeking naar het eigen vermogen. Door de verschillende verwerkingsmethodieken is het niet mogelijk om dit generiek uit het resultaat te filteren.</li> </ul> <p>Uit bovenstaande blijkt dat deze wijziging in de verschillende jaarverslagen via verschillende manieren is verwerkt. Om die reden is de correctie hiervoor niet mogelijk. Aangezien de analyses op de EBIT zijn ingesteld, is dit gedeeltelijk meegenomen, omdat dit in sommige gevallen onder het bijzonder resultaat valt.</p>
VID-0318	Bijlage 8 Onderbouwing Richttariefpercentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercentage, waarbij de 75% van de Wlz-aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Van welk onafhankelijke sectorspecifieke onderzoek waarop het richttariefpercentage is gebaseerd heeft u gebruik gemaakt? Hoe is dit inzichtelijk voor zorgaanbieders?	Gupta Strategists heeft als onafhankelijk onderzoeksbureau gekeken naar mogelijke methoden om tot een rechtmatig tariefpercentage te komen. Hier zijn drie methoden uitgekomen, waarvan zij aangaven dat de top-down methode het best passend is (zie ook: <a href="https://assets.zn.nl/p/32768/none/Foto's%20met%20quotes/201027%20Gupta%20-%20overdiepend%20onderzoek%20Wlz-tarieven%20(def).pdf">https://assets.zn.nl/p/32768/none/Foto's%20met%20quotes/201027%20Gupta%20-%20overdiepend%20onderzoek%20Wlz-tarieven%20(def).pdf</a> ). Deze methode is door de zorgkantoren toegepast. Waarna we de uitkomst van de analyses hebben laten valideren door Gupta Strategists. Doordat wij het richttariefpercentage toepassen op de sectorspecifieke NZa maximumtarieven wordt er rekening gehouden met sectorspecifieke kosten.
VID-0326	Bijlage 8 Onderbouwing Richttariefpercentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercentage, waarbij de 75% van de Wlz-aanbieders een	In stap 2 van de berekening lijkt de rente te worden uitgesloten van de winstmarge. Waarom wordt deze niet meegenomen? Wat maakt dat dit naar uw mening moet worden uitgesloten om vergelijkbaar te zijn?	De wijze om de winst voor rente en belastingen (EBIT) mee te nemen in de berekening is een methodische keuze. Wij hebben ook de methodiek met winst voor belastingen (EBT) doorgerekend. Hieruit bleek dat de rente gemiddeld een positief effect heeft. Meer aanbieders (77% in plaats van 75%) draaien dus positieve of neutrale resultaten indien wij uitgaan van de winst voor belastingen (EBT).

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
		neutraal of positief resultaat heeft		
VID-0327	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Er lijkt één of een beperkt aantal aanbieders te zijn met een zeer hoge winstmarge (>50%). Dit is - gezien de resultaten van de andere geïnccludeerde aanbieders - duidelijk een uitschieter. Waarom heeft u deze niet van de vergelijking uitgesloten?	Uit de analyses volgen uitschieters in zowel winst als verlies. Als het richttariefpercentage was gebaseerd op het gemiddelde resultaat dan was het zuiver geweest om de uitschieters aan beide kanten te excluderen. Hiervan is echter geen sprake. Wij kijken puur naar het percentage winstgevendende aanbieders bij een bepaald tariefpercentage. Daarbij zijn ook de uitschieters relevant.
VID-0511	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Waarom wordt gekozen voor een (minimaal) neutraal resultaat als uitgangspunt, terwijl onze stakeholders juist een positief rendement verwachten én eisen om te voldoen aan ratio's voor nu en in de toekomst.	Het richttariefpercentage is vastgesteld op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt. Het idee is dat aanbieders die hier niet mee uitkomen zo gestimuleerd worden tot een meer doelmatige organisatie van zorg. Dit geldt voor de aanbieders die verlieslatend zijn, maar ook voor de groep waarvan het rendement beperkt is. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen.
VID-0512	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Hoe denkt u dat wij in de toekomst aan onze ratio's kunnen voldoen en ruimte hebben voor investeringen, wanneer u ervan uitgaat dat een neutraal resultaat afdoende is?	Het richttariefpercentage is vastgesteld op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt. Het idee is dat aanbieders die hier niet mee uitkomen zo gestimuleerd worden tot een meer doelmatige organisatie van zorg. Dit geldt voor de aanbieders die verlieslatend zijn, maar ook voor de groep waarvan het rendement beperkt is. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen.
VID-0514	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Het positieve resultaat van instellingen ontstaat bij veel instellingen door een positief resultaat op het Vastgoed en niet op de zorg. Uit onderzoek ( <a href="https://www.cfocapabel.nl/">https://www.cfocapabel.nl/</a> ) blijkt dat de zorgexploitatie -/- 1,48% bedraagt, Vastgoed +3,32% en incidenteel 0,65% (totaal 2,5%). In welke mate is daar rekening mee gehouden in het richttarief 2022 en hoe voorkomt u dat verleende zorg met de vergoeding van kapitaallasten wordt betaald?	Zorgkantoren hebben voor de onderbouwing van het richttariefpercentage gebruik gemaakt van de jaarrekeningen 2019. Op basis van de jaarrekeningen is het niet mogelijk een onderscheid te maken tussen resultaten uit zorg en vastgoed. Als u van mening bent dat de gehanteerde tariefssystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijke benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0727	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Bij het hanteren van het richttarief en ongewijzigde omstandigheden zal 25 procent van de aanbieders verlies draaien op de Wlz. Zal dit niet een negatief effect hebben op de kwaliteit van zorg voor klanten?	Het richttariefpercentage is vastgesteld op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt. Het idee is dat aanbieders die hier niet mee uitkomen zo gestimuleerd worden tot een meer doelmatige organisatie van zorg. Dit geldt voor de aanbieders die verlieslatend zijn, maar ook voor de groep waarvan het rendement beperkt is. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen.
VID-0728	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Het onderzoek naar het richttarief is uitgevoerd onder een niet-representatieve groep aanbieders. Zo zitten de nieuwe aanbieders er niet bij en aanbieders die hun omzet voor het merendeel genereren uit andere domeinen. In onze ogen is dit een substantiële groep die zeker niet ruim is gefinancierd. Hierdoor kan het tarief te laag zijn. Deelt u deze mening?	Het klopt inderdaad dat het onderzoek gebaseerd is op een steekproef, hierdoor kan het inderdaad voorkomen dat een bepaalde groep zorgaanbieders niet voorkomt in de steekproef. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tariefpercentage voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2). Als dit wordt veroorzaakt door negatieve resultaten in andere domeinen dan is het niet aan het zorgkantoor om dit op te vangen door middel van een hoger Wlz-tarief.
VID-0729	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Kunt u ons data verschaffen op basis waarvan we zouden kunnen bepalen welk tariefpercentage reëel is?	Zorgkantoren hebben voor hun onderzoek gebruik gemaakt van de landelijke jaarverslaggegevens 2019 die zij via Intrakoop hebben verkregen. Aangezien dit aangekochte data betreffen kunnen zij deze niet openbaar delen.
VID-0804	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Op basis van de jaarrekening is geen kostprijs te bepalen, het biedt tevens geen inzicht in het (genormaliseerd) resultaat voor de Wlz en geeft geen onderscheid in resultaat zorg en vastgoed. Onderschrijft ZN dit? Zo nee, kunt dit toelichten?	Ja, wij onderschrijven dit. Zorgkantoren kunnen op basis van de jaarrekeningen geen onderscheid maken in het resultaat tussen zorg en vastgoed. Zorgkantoren hebben overigens niet de ambitie om een kostprijs te bepalen. De NZa stelt de maximumtarieven vast op basis van kostprijsonderzoeken. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatige tariefafspraken te maken aan de hand van deze maximumtarieven. De gegevens in de jaarrekeningen geven inzage in de resultaten van aanbieders in de sector en daarmee ook de verschillen hierin tussen aanbieders. Ook biedt het de mogelijkheid om de impact van een tariefpercentage op de resultaten in de sector te simuleren. De jaarrekeningen bieden daarmee het inzicht dat zorgkantoren nodig hebben om te bepalen wat een tariefpercentage is waarvoor het merendeel van de aanbieders zorg kan verlenen.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0805	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Op welke objectieve gronden heeft het zorgkantoor bepaald dat indien 75% van de zorginstellingen een neutraal of resultaat behaalt daarmee de kostprijs van de te leveren ouderenzorg door een redelijk efficiënt functionerend aanbieder wordt gedekt? Als het zorgkantoor niet op deze wijze tot het percentage van 75% is gekomen, hoe is het zorgkantoor dan op dit percentage uitgekomen?	Bij een richttariefpercentage van 95,8% heeft 75% van Wlz-aanbieders een neutraal of positief resultaat. Het richttariefpercentage is vastgesteld op een niveau waarmee we doelmatigheid stimuleren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Daarbij is gekeken naar de resultaten in het verleden bij aanbieders in de Wlz en ook in andere sectoren. In 2019 had 83% van de Wlz-aanbieders een neutraal of positief resultaat met het in 2019 gemiddeld gehanteerde tarief. Uit de jaarverslagenanalyses (domein overstijgend) van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Een iets lager richttariefpercentage is wenselijk om ruimte voor maatwerk te creëren en doelmatigheid te stimuleren. Gezien de signalen vanuit de GGZ is echter ook bewust gekozen voor een niveau boven het gemiddelde resultaat van die sector in 2019.
VID-0864	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Wij hebben bezwaren over de wijze waarop ZN haar richttarief onderbouwd heeft; het is niet duidelijk hoe het precies is berekend. Wel de methode, niet de cijfers. Kan hier inzicht in worden gegeven en indien blijkt dat de berekening niet aansluit bij de situatie van onze organisatie, wordt dit nog aangepast? Daarbij wordt er ons inziens geen rekening gehouden welke ontwikkelingen een organisatie heeft doorgemaakt de afgelopen jaren, waarbij investeringen nog steeds noodzakelijk zijn om de toekomstige ontwikkelingen aan te kunnen (capaciteitsvraagstuk, maar ook het op orde houden van de huidige personele instroom en behouden van het personeel, zoals investeringen in binden en boeien, zoals modulair extra opleiden).	Zorgkantoren hebben gebruik gemaakt van de gegevens uit de jaarrekeningen 2019. Deze data zijn aangekocht via Intrakoop en kunnen daardoor niet openbaar worden gedeeld. Dat er aanbieders zijn waarvoor het richttariefpercentage te laag is volgt evident uit de systematiek. Hetzelfde geldt dat het het geval kan zijn dat een zorgaanbieder met minder dan het richttariefpercentage uitkomt. Daarom is het ook een richttariefpercentage met de mogelijkheid om hier in afspraken vanaf te wijken. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijke inkoopkader 2022.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1273	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Het zorgkantoor maakt gebruik gemaakt van de jaarrekeningen 2019. De Jaarrekeningen over 2020 kunnen een ander beeld geven en er wordt doordat er terug wordt gekeken geen rekening gehouden met toekomstige investeringen die nodig zijn en kostprijsontwikkelingen. Kunt u toelichten op welke wijze u daarmee in de vaststelling van het richttariefpercentage rekening heeft gehouden?	Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussentijdse jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.
VID-1567	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Waar is de keuze op gebaseerd om slechts die aanbieders te includeren waar de omzet minimaal 60% bedraagt?	Zorgkantoren hebben gekozen voor dit selectie criterium om de impact van resultaten die worden behaald in andere domeinen te beperken.
VID-1568	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Het onderzoek is gebaseerd op data van 2019. Vanuit dit onderzoek komt vervolgens naar voren dat 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft. Corona heeft een grote impact gehad op de zorgaanbieders; dit heeft effect op de kostprijs 2022. Wat is de impact hiervan en hoeveel procent van de aanbieders verwacht het zorgkantoor dat post-corona een neutraal of positief resultaat heeft.	De kosten bij zorgaanbieders als gevolg van corona zijn via de hiervoor opgestelde compensatieregeling van de NZa kostendekkend vergoed. Dit zou dus geen impact moeten hebben op de resultaten in de toekomst.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1569	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	De coronapandemie heeft een grote impact gehad op zorgaanbieders. Waarom is in de systematiek ervoor gekozen dat 25% van de aanbieders hierdoor potentieel een negatief resultaat gaat schrijven?	De kosten bij zorgaanbieders als gevolg van corona zijn via de hiervoor opgestelde compensatieregeling van de NZa kostendekkend vergoed. Dit zou dus geen impact moeten hebben op resultaten in de toekomst. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om zorg doelmatig in te kopen. De gedachte achter de hoogte van het richttariefpercentage is dat als 75% van de aanbieders hier zorg van kan verlenen dat de andere 25% dit in principe ook moet kunnen, door middel van een te maken doelmatigheidsslag. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijk inkoopbeleid.
VID-1604	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	In de onderbouwing hebben zorgkantoren zowel voor het jaar 2019 als alleen voor de aanbieders gekozen die meer dan 50.000 omzet hebben en waarbij meer dan 60% van die omzet Wlz is. Door deze methode hebben zorgkantoren niet de geïntegreerde GGZ-aanbieders meegenomen in het onderzoek en kan de impact van de nieuwe instroom GGZ W niet worden meegewogen. Het risico bestaat dat de geïntegreerde GGZ organisaties zich niet herkennen in de conclusies van het onderzoek naar tarief (%) en daarmee van mening zijn dat de zorgkantoren onvoldoende hebben onderzocht of het geboden tarief % reeel is. Zijn zorgkantoren zich bewust van het risico dat het tarief% opnieuw ter discussie staat en mogelijk tot nieuwe juridische procedures leidt? Hoe gaan de zorgkantoren hiermee om?	Zorgkantoren hebben gebruik gemaakt van alle gegevens die zij tot hun beschikking hebben om tot een zo goed mogelijk onderbouwd tarief te komen. Omdat het onmogelijk is om tot één tariefpercentage te komen dat voor alle aanbieders passend is, hebben zorgkantoren bewust gekozen voor de systematiek van het richttariefpercentage met aanpassingsmogelijkheden. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijke inkoopkader 2022. Zie daarnaast tevens de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren.
VID-1658	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Waarom wordt de rente buiten beschouwing gelaten in de operationele winstmarge? De rente is nagenoeg altijd negatief. Bij een neutraal of klein positief resultaat op de winstmarge kun je deze lasten niet betalen	De wijze om de winst voor rente en belastingen (EBIT) mee te nemen in de berekening is een methodische keuze. Wij hebben ook de methodiek met winst voor belastingen (EBT) doorgerekend. Hieruit bleek dat de rente gemiddeld een positief effect heeft. Meer aanbieders (77% in plaats van 75%) draaien dus positieve of neutrale resultaten indien wij uitgaan van de winst voor belastingen (EBT). Als u van mening bent dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijke benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1776	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Waarom is niet in overeenstemming het vonnis van de voorzieningenrechter d.d. 1 oktober 2020 en het Gerechtshof d.d. 30 maart 2021 gehandeld, waarin bepaald is dat uitsluitende het zorgkantoor een motiveringsplicht heeft, en zich er als zodanig van moet vergewissen of Zorgaanbieder met het te hanteren tariefpercentage al dan niet kostendekkend kan werken in 2022.	De zorgkantoren erkennen dat ze de tariefpercentages moeten onderbouwen. U vindt daarom ook een onderbouwing van het richttariefpercentage in het inkoopkader inclusief aanvullende documentatie. Als de aanbieders van mening zijn dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. In lijn met de uitspraak van het hof ligt de bewijslast om te onderbouwen waarom een (door de zorgkantoren onderbouwd) tarief disproportioneel laag is bij u als zorgaanbieder.
VID-1779	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	In hoeverre is bij het berekenen van de operationele winstmarge rekening gehouden met incidentele posten?	Door alle aanbieders die voldoen aan de selectiecriteria rondom omzet mee te nemen is er gerekend met de gegevens van een grote groep aanbieders. Het effect van incidentele posten bij een individuele aanbieder op de uitkomst van het totaal is hierdoor per definitie beperkt.
VID-1780	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Zijn de NHC/NIC opbrengsten en bijbehorende kosten meegenomen in de berekening van het bedrijfsresultaat?	Ja, op basis van de jaarrekeningen is het niet mogelijk een onderscheid te maken tussen kosten en opbrengsten uit zorg en vastgoed.
VID-1824	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Waarom hanteert u de operationele winstmarge als parameter voor het richttariefpercentage?	Wij hebben de operationele winstmarge berekend om de resultaten van aanbieders onderling vergelijkbaar te maken.
VID-1883	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een	Op sheet 1 staat dat bij de onderbouwing gebruik gemaakt is van gegevens die op dat moment bekend waren. Heeft ZN na de publicatiedatum (mei 2021) nog aanvullende relevante gegevens verzameld en/of ontvangen die het richttariefpercentage beïnvloeden?	Nee, we hebben geen aanvullende gegevens verzameld of ontvangen na de publicatie van het inkoopkader eind mei 2021.



VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
		neutraal of positief resultaat heeft		
VID-2070	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 2: Methode: In drie stappen bepalen we het richttariefpercenta ge, waarbij de 75% van de Wlz- aanbieders een neutraal of positief resultaat heeft	Waarom is er specifiek voor gekozen dat 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen in de berekening van het richttarief?	Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen.
VID-0105	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	Bij het bepalen van het richtpercentage gaan jullie ook uit van een neutraal winstmarge. Voor een gezonde bedrijfsvoering (afspraken financiers), groei en innovatie moet een instelling een gezond rendement kunnen blijven behalen. Wat is de visie van het zorgkantoor hierop?	Zorgkantoren zien ook dat het voor een gezonde bedrijfsvoering van belang is om een gezond rendement te behalen. Het richttariefpercentage is vastgesteld op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt. Op dit niveau heeft 55% een rendement van meer dan 2%. 20% van de aanbieders heeft een rendement tussen de 0 en 2%. Voor deze laatste groep geldt dat zij wellicht ook stappen moeten zetten om met het richttariefpercentage tot een gezondere bedrijfsvoering te komen. Zorgkantoren verwachten dat dit mogelijk is, kijkend naar de behaalde rendementen door het merendeel van de aanbieders. Daarnaast verwijzen we u voor wat betreft de aanpassingsmogelijkheden op het richttariefpercentage naar de regionale inkoopdocumenten van uw zorgkantoor.
VID-0207	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	Met het vastgestelde richttariefpercentage hebben meer aanbieders een negatief resultaat dan in 2019, hoe valt dat te verklaring i.r.t. toekomstige uitdagingen?	Zorgkantoren verwachten dat zorgaanbieders in staat zijn tot doelmatigheidsaanpassingen in hun organisatie zodat het resultaat in 2022 in de praktijk niet negatiever is dan in 2019. Met het oog op de uitdagingen van de zorg in de toekomst willen zorgkantoren zorgaanbieders stimuleren tot meer doelmatigheid. Daarnaast verwijzen we u voor de specifieke invulling per zorgkantoor naar de regionale inkoopdocumentatie.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0513	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	In 2019 zijn kwaliteitsgelden bij de resultaten inbegrepen. In 2022 worden de kwaliteitsgelden niet volledig verdisconteerd in de tarieven. In welke mate is daar rekening mee gehouden bij het bepalen van het richttarief 2022?	Daar is geen rekening mee gehouden, want dit is niet relevant voor de berekening van het richttariefpercentage.
VID-0542	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	Is het mogelijk de berekening van ZN en de validatie door Gupta Strategists aan te leveren? Waarom de keuze voor de mediaan 3%? Indien 50% van de bedrijven dus minimaal 3% rendement heeft, is dan: $3\% - 1.2\% = 1,8\%$ de nieuwe norm? PWC en EY hebben vastgesteld dat de winstgevendheid van de sector te laag is (< 2%) en vaak gebaseerd op vastgoedresultaat en bijzondere baten. Is er rekening gehouden in de berekening met de impact van het vastgoed op de winstgevendheid binnen de Wlz? Vastgoedresultaat is positief en de winstgevendheid op de zorg is laag tot negatief. Is er rekening gehouden in de berekening met bijzondere baten?	Wij kunnen de berekeningen niet met u delen omdat zorgkantoren gebruikmaken van jaarrekeningen data die zijn aangekocht bij Intrakoop. Deze kunnen wij niet openbaar delen. De mediaan van 3% is geen keuze, maar volgt als resultaat van eerdere keuzes in de bepaling van het richttariefpercentage. Wij stellen hiermee geen norm.  Zorgkantoren kunnen op basis van de jaarrekeningen geen onderscheid maken tussen resultaten uit vastgoed en zorg. Hier is in de berekening dus geen onderscheid in gemaakt. Ditzelfde geldt voor bijzondere baten. De bijzondere baten zijn op verschillende manieren in de jaarrekeningen verwerkt. Door de verschillende verwerkingsmethodieken is het niet mogelijk om dit generiek uit het resultaat te filteren.
VID-0585	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	Hoe kunt u onderbouwen dat het onderzoek representatief is, terwijl er allerlei kanttekeningen te plaatsen zijn bij het resultaat in één bepaald jaar. Bijvoorbeeld incidentele resultaten, incidentele effecten van aanpassing verslaggeving (onderhoud), substitutie kapitaallasten?	Door alle aanbieders die voldoen aan de selectiecriteria rondom omzet mee te nemen is er gerekend met de gegevens van een grote groep aanbieders. Het effect van incidentele resultaten bij een individuele aanbieder op de uitkomst van het totaal is hierdoor per definitie beperkt. Daarnaast zijn er ieder jaar aanbieders met incidentele kosten en baten. Het meenemen van deze gegevens in de resultaten maakt het dan ook niet minder representatief.
VID-0606	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	Heeft het zorgkantoor bij het vaststellen van het richttarief rekening gehouden met huidige en toekomstige (kostprijs)ontwikkelingen, nu het richttarief is gebaseerd op cijfers uit het verleden? Zo ja, op welke wijze. Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren gaan er vanuit dat de NZa bij de vaststelling van de maximumtarieven voldoende rekening houdt met de (kostprijs)ontwikkelingen. Jaarlijks middels de indexatie en verder via tariefherijkingen op basis van kostenonderzoeken.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-0723	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	Op welke wijze heeft u geborgd dat de onderbouwing van het richttarief niet leidt tot een geleidelijke uitholling van de tarieven? Zorgorganisaties kunnen structureel niet meer kosten maken dat zij aan opbrengsten ontvangen. Het uitgangspunt dat het richttarief toereikend is wanneer 75% van de aanbieders daarmee een neutraal of positief resultaat kan behalen, leidt gemiddeld genomen tot een lager tarief dan voorheen vergoed werd. Zorgaanbieders zullen daar hun kostenniveau op moeten aanpassen. Wanneer deze systematiek meerdere keren achtereen wordt toegepast zal het richttarief steeds iets lager zijn, hetgeen ten koste gaat van de kwaliteit en een gezonde bedrijfsvoering.	Het is vanzelfsprekend niet de bedoeling de vergoeding van zorg, en daarmee de zorg zelf, geleidelijk uit te hollen. Wel willen we met het oog op de uitdagingen in de toekomst met de sector komen tot een zo doelmatig mogelijke organisatie van zorg. In 2022 en 2023 hanteren zorgkantoren de systematiek van het richttariefpercentage met bijbehorende onderbouwing. Zorgkantoren staan open voor het gesprek over een alternatieve methodiek in de toekomst. Een alternatieve methodiek die ruimte biedt om de gewenste ontwikkelingen te stimuleren en die ook past binnen de kaders en bevoegdheden van zorgkantoren, zodat zij hun inkooprol goed kunnen vervullen.
VID-1286	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	De onderbouwing "van het richttariefpercentage" gaat ervan uit dat 75% van de zorgorganisaties met het geboden richttarief tenminste een neutraal resultaat moeten kunnen behalen. Voor een duurzame bedrijfsvoering is het echter nodig dat zorgorganisaties gemiddeld genomen een (beperkt) positief resultaat kunnen behalen, zodat er ruimte is voor innovatie en ondernemingsrisico's kunnen worden opgevangen. In hoeverre heeft u hier in de onderbouwing rekening mee gehouden? Wilt u daarbij ook toelichten welke betekenis u toekent aan het gegeven dat de NZa-maximumtarieven zijn gebaseerd op de gemiddelde historische kostprijs van zorgaanbieders, zonder risico- en innovatieopslag	We volgen hierin de lijn van de NZa. Bij het vaststellen van de maximumtarieven heeft de NZa rekening gehouden met ruimte voor innovatie (zie hiervoor artikel 7 Tariefprincipe: Kosten van innovatie en kwaliteit; Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152). In dezelfde beleidsregel licht de NZa toe dat het ondernemingsrisico zich vertaalt in de kosten voor financiering, dit is een aspect waar de NZa in haar tariefstelling rekening mee houdt.
VID-1333	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	In de Aanvulling voor 2022 paragraaf 3.1 punt 4 staat dat zorgkantoren zorgaanbieders stimuleren een vastgoedbeleid te voeren voor een langere termijn. Zorgkantoren kunnen daarvoor zorgaanbieders vragen naar de vastgoedstrategie. De regio waarin wij opereren staat bekend om de hoge vastgoedprijzen. Het richttariefpercentage, inclusief de correcties zoals beschreven zijn op deze sheet 3, zijn nooit toerijkend om hier een, op lange termijn duurzame, vastgoedstrategie op te voeren. Wat gaat het zorgkantoor doen om ook in deze regio tarieven te bieden waar deze component en de marktwaarde van het vastgoed evenredig in is meegenomen?	In 2022 ontvangen zorgaanbieders 100% van de NHC/NIC. Ook in 2023 voeren we geen landelijke generieke korting door op de NHC/NIC. Daarnaast verwijzen we u naar de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren. Indien de hoogte van de NHC structureel ontoereikend is dan is het aan de NZa om deze te herijken. Voor vragen hierover verwijzen wij u dan ook naar de NZa.
VID-1642	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	Hoe gaan de zorgkantoren invulling geven aan de uitspraak van de voorzieningenrechter om rekening te houden met sectorale verschillen?	Het richttariefpercentage waar we in 2022 en 2023 mee werken is gebaseerd op zorgvuldig onderzoek. De onderzoeksmethode is voorgesteld en tevens gevalideerd door een onafhankelijk bureau (Gupta Strategists). De sectorale uitvoeringswerkelijkheid wordt voldoende rekening mee gehouden gezien de methode van tariefstelling door de NZa. Het richttariefpercentage wordt namelijk toegepast op de vergoedingen o.b.v. de ZZP-systematiek. De ZZP-systematiek zorgt ervoor dat er voldoende rekening wordt gehouden met verschillen in zorgzwaarte, zowel binnen als tussen de verschillende sectoren.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1681	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	Het richttarief is gebaseerd op cijfers uit het verleden. Hebben de zorgkantoren en VGZ in het bijzonder bij het vaststellen van het richttarief rekening gehouden met huidige en toekomstige (kostprijs)ontwikkelingen, zoals de negatieve indexering (OVA) voor 2022, het vervallen van de 'compensatie herijking nieuwe tarieven', het niet volledig laten landen van de kwaliteitsgelden in de tarieven, het hogere kortingspercentage dat doorwerkt in de kwaliteitsgelden? Kunt u per ontwikkeling aangeven hoe hiermee is rekening gehouden in het vaststellen van het richttarief?	Met de kostenontwikkelingen richting 2022 is in zoverre rekening gehouden dat de NZa de maximumtarieven ieder jaar indexeert. De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. Vanuit deze onderzoeken stelt de NZa tarieven vast die dekking geven aan de redelijke kosten van zorg of kiest zij ervoor tarieven niet te herijken. In tussentijdse jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze index houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt voor onder andere ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie. De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken wordt bijvoorbeeld aangepast omdat: (i) de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie; (ii) een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt. U leest hierover meer in de NZa beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152. Met betrekking tot de kwaliteitsmiddelen is er besloten dat, vanaf 2022, de extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) in de reguliere tarieven van de NZa worden verwerkt. Hiermee vervalt ook automatisch de tijdelijke compensatie herijking nieuwe tarieven. Concreet betekent dit dat de NZa de maximumtarieven van de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV verhoogt. Voor de nadere uitwerking van de landing van het kwaliteitsbudget in de tariefssystematiek van zorgkantoren verwijzen wij naar het regionaal beleid van zorgkantoren. Voor 2021 hebben zorgkantoren het verwacht eindperspectief 2022 aan zorgaanbieder gecommuniceerd. Hiermee kan de zorgaanbieder structurele kosten financieren in lijn met het kwaliteitskader. In het regionale beleid van het zorgkantoor kunt u nadere informatie vinden over de landing van de kwaliteitsmiddelen in het regionale beleid. Als de structurele kosten hoger zijn dan de vergoeding die de zorgaanbieder krijgt vanuit het kwaliteitsbudget dan is het aan de zorgaanbieder om te bepalen welke keuzes de zorgaanbieder wil maken t.a.v. zijn eigen bedrijfsvoering.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
VID-1743	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	Hoe houdt u in de berekening van het richttariefpercentage rekening met de noodzakelijke investeringsopgave van de zorgaanbieders, zoals investeringen om A) noodzakelijke zorginnovaties te kunnen doen en; B) te voldoen aan de Duurzaamheidsnorm om 50% CO <sub>2</sub> reductie te realiseren in 2030.	Met betrekking tot investeringen ten behoeve van innovatie geldt het volgende. We volgen met het richttariefpercentage de lijn van de NZa. Bij het vaststellen van de maximumtarieven heeft de NZa rekening gehouden met ruimte voor innovatie (zie hiervoor artikel 7 Tariefprincipe: Kosten van innovatie en kwaliteit; Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152). Daarnaast biedt de NZa beleidsregel Innovatie de mogelijkheid om aanvullende afspraken over innovatie maken. Verder verwijzen wij u graag naar het regionale beleid van uw zorgkantoor voor meer informatie over eventuele aanvullende afspraken over innovatie.  In verband met de aangescherpte eisen in het kader van duurzaamheid stelt VWS jaarlijks 4 miljoen euro extra beschikbaar, welke door de NZa in de NHC verwerkt worden. Hierover leest u meer in de Kaderbrief 2019. Zorgkantoren vergoeden in 2022 100% van de NHC.
VID-1744	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	Hoe verhoudt het richttarief zich ten opzichte van de producten die nu al niet kostendekkend zijn en zwaar onder gefinancierd zijn, zoals meerzorg en ZZP VG7	Zorgkantoren passen het richttariefpercentage toe op de NZa maximumtarieven. Daarbij gaan zij er vanuit dat de NZa borgt dat de maximumtarieven voldoende kostendekkend zijn voor het leveren van zorgprestaties.  Zorgkantoren zijn samen met VGN betrokken bij het onderzoek naar ZZP VG7 door NZa en VWS. Daarnaast werken zorgkantoren samen met VGN aan een nieuwe systematiek om financiering van de meerzorg te kunnen bepalen. Over beide trajecten volgt later dit jaar meer duidelijkheid.  Als u van mening bent dat de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijke benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
VID-1814	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt	Is er bij de onderbouwing van het richttarief rekening gehouden met de samenstelling van het financieel resultaat? Bedoeld wordt de uitsplitsing naar zorg- en vastgoedresultaat. Het tarief moet zo zijn dat het zorgresultaat dekkend is en niet afhankelijk is van het vastgoedresultaat. De nhc wordt immers ook maatwerk vanaf 2023.	Nee, op basis van de jaarrekeningen is het voor zorgkantoren niet mogelijk om de resultaten uit zorg en vastgoed te splitsen.
VID-2281	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 3: Zorgkantoren hanteren een richttariefpercenta ge van 95,8%, waarmee 75% van	Op welke manier is bij het bepalen van het richttarief/percentage rekening gehouden met verschillen in kwaliteit?	Daar is geen rekening mee gehouden, want dit is niet relevant voor de berekening van het richttariefpercentage.

VraagID	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
		de aanbieders neutrale of positieve winstmarge haalt		
VID-0328	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 4: Impactanalyse: wat betekent het richttarief% op aanbiedersniveau?	Spreiding winst en verlies: er wordt gekeken naar de mediaan? Kunt u nader uitleggen wat dit betekent? De mediaan van het rendement lijkt gemiddeld 3% te zijn. Is dat voor of na aanpassing van het richttarief? Wat maakt dat dit rendement naar uw mening toereikend zou moeten zijn, gezien de risico's die zorgaanbieders lopen?	De mediaan is het middelste getal in een reeks waarnemingen en zegt daarmee iets over de spreiding. In dit geval is er bij de mediaan sprake van een rendement van 3% bij toepassing van het richttariefpercentage. Een rendement van 3% zien zorgkantoren als een gezond rendement.
VID-0329	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 4: Impactanalyse: wat betekent het richttarief% op aanbiedersniveau?	De beoordeling is op het rendement van alle financieringsstromen gedaan. Hoe heeft u uitgesloten dat de rendementen niet vooral op de niet-Wlz-gefinancierde activiteiten worden behaald, waarmee een verdere verlaging van het richttarief mogelijk voor alleen de Wlz tot onaanvaardbare risico's leidt? Substitutie tussen financieringsstromen is toch uitdrukkelijk niet de bedoeling, terwijl dit nu wel wordt toegepast.	In de berekening van het richttariefpercentage zijn alleen aanbieders met meer dan 60% omzet in de Wlz meegenomen in de onderbouwing van het richttariefpercentage. Het is niet mogelijk de Wlz resultaten volledig te isoleren, maar op deze manier is het effect van resultaten uit andere domeinen wel beperkt.
VID-1605	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 4: Impactanalyse: wat betekent het richttarief% op aanbiedersniveau?	Zorgkantoren geven aan dat de zorgaanbieders die bij 95,8% verlieslatend zijn, niet verschillen in leveringsvormen van de aanbieders die niet verlieslatend zijn. Daarmee concluderen de zorgkantoren dat 95,8% een reeel tarief is. Door de manier van selectie van zorgaanbieders is de conclusie die het zorgkantoor trekt over een reeel tarief% niet door te trekken naar aanbieders met heel andere kenmerken en een andere klantenopbouw en/of financieringsmix. Bent u het eens dat u op basis van dit onderzoek onvoldoende heeft onderbouwd dat het richttarief reeel is voor alle zorgaanbieders in de Wlz GGZ?	Zorgkantoren hebben gebruik gemaakt van alle gegevens die zij tot hun beschikking hebben om tot een zo goed mogelijk onderbouwd tarief te komen. Door de beperkte beschikbaarheid van gegevens van GGZ-aanbieders die voldoen aan de selectiecriteria (doordat zij nieuw zijn in de Wlz of doordat minder dan 60% van de omzet Wlz is) kon de GGZ hierin slechts beperkt mee worden genomen. De systematiek van het richttarief ondervangt dit met de mogelijkheid voor afwijkende tariefafspraken (met aanpassingsmogelijkheden). Hiervoor verwijzen we u naar de regionale inkoopdocumentatie van de zorgkantoren. Indien de gehanteerde tariefssystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hierover meer in paragraaf 2.2.2 van het landelijke inkoopkader 2022.
VID-1657	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 4: Impactanalyse: wat betekent het richttarief% op aanbiedersniveau?	Hoe wordt de mediaan van het rendement van 3% betrokken in de berekening van de (operationele) winstmarge?	De mediaan van het rendement van 3% is een uitkomst van de berekening. Deze is dus niet betrokken in de berekening zelf.
VID-2316	Bijlage 8 Onderbouwing Richttarief- percentage	Sheet 4: Impactanalyse: wat betekent het richttarief% op aanbiedersniveau?	"Effect op specifieke groepen zorgaanbieders. Op basis van de leveringsvorm (ZZP, VPT of MPT) en omzet is beoordeeld of de 25% verlieslatende aanbieders een specifieke groep zorgaanbieders betreft. Bijvoorbeeld alleen maar aanbieders met een kleine omzet of grote intramurale instellingen. Dit is niet het geval. " Hoe is bepaald dat dit niet alleen intramurale instellingen zijn, als de intramurale instellingen niet meegenomen zijn in de analyses, maar enkel de aanbieders met > 60% Wlz?	Er zijn ook intramurale instellingen met meer dan 60% omzet in de Wlz. Deze zijn meegenomen in onze analyses.